

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 52

DE
L'HYDRAMNIOS PRÉCOCE

DANS LES

Grossesses Gémellaires

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Février 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. BEQUAIN MARCEL

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-Interne de l'Hôpital St-Joseph

Né à Villargent (Haute-Saône), le 9 février 1885.



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1910

DE L'HYDRAMNIO PRÉCOCE
DANS LES GROSSESSES GÉMELLAIRES

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 52

DE
L'HYDRAMNIOS PRÉCOCE

DANS LES

Grossesses Gémellaires

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Février 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

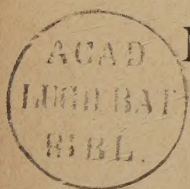
PAR

M. BEQUAIN MARCEL

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-Interne de l'Hôpital St-Joseph

Né à Villargent (Haute-Saône), le 9 février 1885.



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE.

Professeurs

Cliniques médicales.....	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....	TEISSIER.
Clinique obstétricale et accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques.....	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique médicale.....	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	WEILL.
Chimie organique et toxicologie.....	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	X...
Anatomie générale et histologie.....	BEAUVISAGE.
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	RENAUT.
Anatomie pathologique.....	MORAT.
Médecine opératoire.....	ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.....	COLLET.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....	ARLOING.
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

Professeurs adjoints

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

Chargés de cours complémentaires

Propédeutique chirurgicale.....	BERARD.	agréé
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.
BARRAL.	GAYET.	LAROYENNE.
SAMBUC.	MOREL.	VORON.
COURMONT (P.).	NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.
CHATIN.	PATEL.	LATARJET, ch...
VILLARD.	J. LÉPINE.	BERIEL, ch...
TIXIER.	LESIEUR.	BRETIN, ch...
REGAUD.	Et. MARTIN.	THEVENOT, ch...
COMMANDEUR.		

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, Président; VILLARD, Assesseur;
MM. VORON et LAROYENNE, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR FABRE

*Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Lyon.*

A MONSIEUR COMMANDEUR

*Professeur agrégé à la Faculté
Accoucheur des Hôpitaux*

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance

A MA SŒUR

A MA MARRAINE

MEIS ET AMICIS

Au seuil d'une carrière, ingrate bien souvent, mais où la satisfaction du devoir accompli nous procurera cette satisfaction morale qui est la première récompense du médecin, nous avons à cœur de remercier tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Lyon. Nous avons eu l'honneur d'entendre leurs savantes leçons à la Faculté, nous avons écouté leurs sages conseils à la clinique, puissions-nous, en élève docile, conserver le reflet de leur science et imiter leur noble exemple.

Parmi eux, Monsieur le Professeur agrégé Commandeur a droit tout spécialement à notre bien vive reconnaissance. Après nous avoir, pendant tout un semestre passé à la maternité de la Charité et à la première infirmerie, instruit par ses bons conseils et ses savantes leçons, il a bien voulu nous donner l'idée première de ce modeste ouvrage. Nous avons toujours trouvé en lui le meilleur des conseillers et le plus dévoué des maîtres ; nous n'oublierons jamais sa bienveillante sympathie et, en lui dédiant notre travail, nous ne faisons qu'acquitter bien faiblement la dette que nous avons contractée.

Qu'il nous soit permis aussi d'adresser à Monsieur le professeur Fabre l'expression de notre profonde

gratitude pour le grand bonheur qu'il nous fait aujourd'hui d'accepter la présidence de notre thèse.

Monsieur le Professeur Voron, accoucheur des Hôpitaux, et Monsieur le Docteur Trillat, chef de clinique à la Faculté, nous ont fourni des observations intéressantes pour notre thèse, nous les en remercions bien vivement.

Que mes maîtres pendant mon externat des hôpitaux, et pendant mon internat à l'hôpital Saint-Joseph veuillent bien recevoir aussi l'expression de notre gratitude pour la bienveillance qu'ils ont toujours bien voulu nous accorder.

Enfin, nous assurons de toute notre sympathie les nombreux et excellents camarades que nous avons rencontrés à la Faculté pendant nos longues années d'études.

M. B.

INTRODUCTION

Dans tous les traités d'accouchement, les auteurs étudient longuement la grossesse gémellaire ; aussi, dans le travail que nous allons entreprendre, n'avons-nous pas l'intention de revenir d'une façon complète sur ce sujet, et d'étudier les différentes formes et les différentes phases de la grossesse gémellaire. Nous nous bornerons à en étudier une complication qui, pour n'être pas très fréquente, est cependant, à plusieurs points de vue, très intéressante : l'hydramnios précoce.

Cette complication, relativement rare, peut cependant, toutes les fois qu'elle se présente, avoir une très grande valeur, au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Nous avons divisé notre travail en quatre chapitres :

Après un historique de la question, aussi complet que possible, nous avons cru bon de faire une étude générale de l'arrière-faix dans la gémellité. Puis, nous avons recherché, dans la littérature obstétri-

cale le plus grand nombre d'observations le plus concluantes; auxquelles nous avons ajouté des observations inédites recueillies dans les différentes Maternités de Lyon. Enfin, nous avons terminé notre travail par l'étude clinique de cette complication, et en attirant l'attention sur son importance au point de vue du diagnostic et du pronostic pour la mère et pour l'enfant.

HISTORIQUE

Avant Mauriceau, l'hydramnios était une affection pourrait-on dire inconnue. Cet illustre praticien lui-même paraissait confondre entre eux plusieurs états morbides se rapportant à l'hydrorrhée, bien plutôt qu'à l'hydramnios. Si, avant lui, les accoucheurs ne croyaient pas qu'il pût y avoir hydropisie de matrice et grossesse; il a pu donner plusieurs observations montrant bien qu'il ne croyait pas que cette maladie fut incompatible avec cet état.

Dans son *Traité des accouchements* (1759), Puzos a, le premier, bien reconnu et défini cette affection.

« Quand, dit-il, une femme, à 6 ou 7 mois de grossesse, paraît plus grosse que d'autres à 9, on peut assurer qu'elle est grosse de plusieurs enfants, ou qu'elle a une hydropisie de matrice, et que, sûrement, elle n'ira pas à la fin du terme ordinaire aux grossesses; l'amas d'eau peut augmenter autant que la matrice lui fournit de place en se dilatant. Mais aussi, plus il s'amasse d'eau, moins les enfants aug-

mentent, souvent même ils périssent et restent un temps morts dans la matrice ; ils n'en sont chassés pour l'ordinaire que lorsque la matrice, dilatée au dernier degré, ne peut plus s'étendre ; elle s'ouvre donc par l'endroit le plus faible qui est l'orifice ».

Puzos cite, plus loin, un cas « d'hydropisie de matrice telle qu'il s'écoula tant d'eau qu'il y en eût de quoi remplir un seau de faïence en fort peu de temps ». Un autre où « il se trouva deux enfants assez petits que le torrent des eaux emporta jusqu'au pied du lit ».

DE LA MOTTE (1765), *Traité des accouchements*, rapporte lui aussi, de véritables observations d'hydramnios ; mais il semble, parfois encore, confondre hydrorrhée avec hydramnios.

J.-L. BAUDELLOCQUE (1807), dans son *Traité d'accouchement*, parle peu de l'hydropisie de matrice, à peine en fait-il mention. Cependant, il en rapporte plusieurs observations dans le *Journal de Sédillot*, an VIII de la République. Il fait suivre les observations de quelques réflexions où il décrit les principaux symptômes de cette maladie : ondulation, fluctuation, forme du ventre ; comme ses prédécesseurs il parle peu ou pas du traitement. Parmi ses observations, il en est où le développement de l'utérus se fit d'une façon si subite et si considérable qu'il s'agissait, à n'en pas douter, d'hydramnios à marche rapide.

Tel est le cas d'une femme, sujette à de petites pertes de sang qui fut prise subitement, en voyage, étant enceinte de six mois, d'un développement si

rapide et si considérable du ventre qu'il paraissait contenir plusieurs enfants à terme et beaucoup d'eau. Les membranes se rompirent prématurément, et elle accoucha de deux fœtus morts, de 6 mois au plus, avec une quantité d'eau si considérable qu'un vase de 14 à 15 pintes (28 à 30 litres) en fut rempli. Il rapporte aussi le cas de la femme d'un député de Saint-Domingue qui, après avoir présenté de graves symptômes, perdit 32 litres de liquide amniotique.

A ce moment, NÔEL DESMARAIS vit une femme qui se croyait enceinte de 5 mois ; le ventre était plus volumineux qu'à la fin d'une grossesse ordinaire. Croyant à une ascite compliquant la grossesse, il n'hésita pas à faire une ponction « à la hauteur de l'ombilic, c'est-à-dire au dessus du fond de la matrice, à ce terme présumé de la grossesse ». Il retira 6 litres de liquide environ ; mais à la fin, comme il sortait du sang, et que la femme avait des tendances syncopales, il arrêta l'écoulement. Quinze jours après, le liquide s'était reproduit. Effrayé par la première ponction, il n'osa en tenter une seconde, et, 21 jours après, la femme accoucha de deux jumeaux de 5 mois. Il s'écoula environ 35 à 40 litres d'eau ; disons tout de suite que cette observation est la première authentique qui ait été publiée, relatant la ponction de l'utérus par voie abdominale. Les faits de ce genre semblent cependant avoir été assez nombreux, mais n'ont jamais été notés avec beaucoup d'exactitude.

Dans le *Journal de Sédillot* (1812), MERCIER fait paraître un mémoire sur « Une observation d'hydropisie aiguë de l'amnios ». L'année suivante, il publie,

dans le même journal, deux autres observations. C'était la première fois que le terme : hydropisie de l'amnios était employé. Il note avec soin les principaux symptômes, cherche à distinguer les différentes formes de cette affection, mais ne parle pas du traitement.

En 1825, SCARPA rapporte l'observation d'une jeune femme qui présentait à la fois de l'ascite et de l'hydramnios. Les symptômes alarmants et les menaces d'asphyxie le décidèrent à pratiquer la ponction de l'utérus par la voie abdominale, il retira ainsi quinze litres de liquide amniotique. Dans la suite, tous les auteurs qui étudient l'hydramnios semblent s'efforcer de distinguer entre elles les différentes formes de cette affection et d'en donner une classification.

DÉSORMEAUX et P. DUBIN, en 1832, dans le Dictionnaire en 30 volumes, à l'article hydromètre, en citent également des observations.

OLLIVIER D'ANGERS, en 1834, dans les *Archives générales de Médecine*, étudie les altérations du placenta et des membranes ; il y voit la cause de l'augmentation rapide du liquide amniotique.

INGLEBY, G. PELLETAN, dans les *Archives de Médecine*, rapportent aussi plusieurs cas d'hydramnios.

GUILLEMOT fait suivre ses observations de quelques réflexions qui ont une certaine importance au point de vue des symptômes et du diagnostic. Quant au traitement, Guillemot propose de ponctionner les membranes en un point distant du col.

VELPEAU, dans son « *Traité d'accouchement* » (1835), mentionne à peine l'hydramnios ; il fait obser-

ver seulement que l'adondance du liquide amniotique est généralement en raison inverse de la vigueur, du volume, de la force du fœtus et de la constitution robuste de la mère.

DUGÈS professe les mêmes opinions dans son *Manuel d'Obstétrique* (1840).

DUBUISSET, sous le titre « Dissertation sur l'hydropisie de l'amnios », publie, en 1837, dans la *Gazette médicale*, un travail sur l'hydramnios à marche rapide. Etudiant l'étiologie et la pathogénie de cette maladie, il note la coïncidence très fréquente de l'hydramnios avec la grossesse gémellaire.

BURNS (John-Burns, *Traité d'accouchement*, 1839). cite, lui aussi, plusieurs cas d'hydramnios.

GODEFROY, dans le *Journal des connaissances médicales et chirurgicales*, de 1844, fait paraître une note sur les principaux symptômes de l'hydramnios, aux différentes époques de la grossesse.

OTTO, de Breslau, publie, en 1841, un ouvrage en latin intitulé « *Monstrorum sexcentorum descriptio anatomica* » : il y relate plusieurs cas d'hydropisie de l'amnios et de monstruosité fœtales, coïncidant avec une grande quantité de liquide amniotique.

OULMONT fait paraître, dans la *Revue médico-chirurgicale*, de 1849-1850, un mémoire qui est le plus important qui ait paru jusqu'alors.

Dès 1863, MAC CLINTOCK cite des observations d'hydramnios à marche rapide. Depuis, il en a publié un grand nombre où il paraît s'être beaucoup occupé du traitement.

DEPAU en rapporte également des cas dans les « Archives de tocologie ».

L. SENTEX, en 1872 (*Bulletin médical du Nord de la France*), HERMANN PRUL, en 1875, cherchent à éclaircir l'étiologie de l'hydramnios et à en faire le traitement.

VIRCHOV NÆGELE et GRÆNSER signalent à peine l'existence de l'hydramnios.

HONORÉ, JAULIN, JACQUEMIER s'y étendent fort peu.

CAZEAUX seul lui consacre un chapitre d'une certaine importance.

Dans les « Archives de tocologie » de 1880, CHARPENTIER publie un mémoire assez important.

BAR, en 1881, dans une thèse pleine d'observations, cherche surtout à fixer la pathogénie de l'hydramnios.

TILLAUX (*Gazette des Hôpitaux*, 1880), et LEPAGE s'occupent surtout du traitement. Le diagnostic et le traitement ont été plus spécialement traités par NINAUD, dans sa thèse de doctorat en 1893. RIBOURGEON étudie, en 1896, l'hydramnios dans les grossesses gémellaires, et s'occupe surtout du pronostic et du traitement.

Etude générale de l'arrière-faix dans les grossesses gémellaires.

L'altération la plus tangible de l'œuf dans les grossesses multiples est constituée par l'hydramnios. La polyhydramnie de l'une des cavités est un accident très fréquent dans les grossesses multiples en général.

Mais sa fréquence n'est pas la même, suivant qu'on considère la variété univitelline ou bivitelline.

Aussi, pour mieux comprendre les causes de cette fréquence, il nous semble utile de faire une étude de l'arrière-faix dans ces deux cas.

En général, l'arrière-faix, dans les grossesses gémellaires, se présente schématiquement, suivant qu'il possède deux chorions distincts, un pour chaque produit, ou un chorion commun aux deux produits.

Chacune de ces variétés de délivre correspond à un genre particulier de grossesse gémellaire. La première variété a rapport aux cas dans lesquels deux œufs se sont développés simultanément dans la cavité

utérine ; la deuxième, dans les cas où un seul œuf a été l'origine des deux produits.

Arrière-faix dans les grossesses multiples bivitellines. — Ici, le délivre se compose de deux enveloppes ovulaires, c'est-à-dire de deux poches chorioniques.

A ce caractère général, commun à toutes les grossesses bivitellines, s'ajoutent des caractères propres à chaque cas ; caractères qui font varier, dans des limites assez larges, l'aspect particulier de l'arrière-faix.

Les deux principales variétés sont :

a) Les délivres présentant des placentas séparés.

b) Les délivres présentant des placentas accolés.

Dans le premier cas, on constate deux masses placentaires plus ou moins éloignées l'une de l'autre et réunies par un pont membraneux. Une cloison épaisse sépare les deux cavités ovulaires, et cette cloison est formée par l'adossement des enveloppes de chaque œuf, séparées par une lame de caduque ; c'est-à-dire que, d'une cavité à l'autre on rencontre : un amnios, un chorion, un chorion, un amnios ; entre les deux chorions, se trouve la caduque. Celle-ci est beaucoup plus apparente dans les points avoisinant le placenta, moins nette au fur et à mesure qu'on s'en éloigne ; elle n'est plus représentée, de place en place, que par des amas de cellules déciduales.

Il peut arriver que les œufs soient sensiblement égaux, et qu'ils soient développés de telle sorte que chaque placenta s'insérant au fond de l'utérus, près

d'une corne, par exemple, la cloison vienne s'insérer sensiblement au milieu de l'espace qui sépare les deux gâteaux placentaires. Mais il est loin d'en être toujours ainsi ; qu'il s'agisse de placentas nettement séparés par un espace de plusieurs travers de doigts, ou qu'il s'agisse de placentas très voisins, au point de paraître fusionnés, il n'est pas rare de voir la cloison affecter un siège différent. Ainsi, on peut voir, par suite de l'hydramnios de l'un des œufs, la cloison gagner le bord du placenta voisin, empiéter sur la face fœtale de celui-ci, et lui former une bordure plus ou moins large.

Mais quelle que soit la disposition de cette cloison, il faut noter que l'union des lames membraneuses qui la compose, n'est pas intime ; les lambeaux de caduque qui séparent les deux chorions donnent à la cloison assez de laxité pour que la séparation des deux œufs puisse se faire avec une très grande facilité.

Cette séparation peut se faire au moment de la délivrance, mais elle peut se faire avant ; dans certains cas, la naissance du premier enfant est immédiatement suivie de l'expulsion de son placenta, et ce n'est qu'après l'expulsion de ce délivre que naît le deuxième enfant. L'intervalle des deux accouchements est variable, mais il peut quelquefois être assez grand : plusieurs jours, plusieurs semaines et même plusieurs mois.

Dans le deuxième cas, les délivres présentent un placenta en apparence unique ; à première vue, il semble bien qu'il n'y ait qu'un seul placenta ; mais,

à un examen plus soigneux, on s'aperçoit bien vite qu'il y a, en réalité, non pas un, mais deux placentas, se touchant par une partie plus ou moins étendue de leurs bords. La distinction entre ce qui appartient à l'un et ce qui appartient à l'autre des deux fœtus est facile à faire, car sur la face utérine de la masse placentaire, on constate deux zones : l'une de coloration foncée, l'autre plus pâle. La première appartient au fœtus sur le cordon duquel il y a eu deux ligatures, la deuxième, à l'enfant dont le cordon n'a eu qu'une seule ligature.

Cette ligne de séparation est plus ou moins sinueuse, et si, avec le doigt, on essaye de la suivre, on voit que, seules, de minces travées de caduque réunissent les cotylédons appartenant aux deux fœtus. Cette séparation s'effectue très facilement et sans entamer, en aucune manière, le tissu de l'un ou l'autre placenta.

En continuant, on dédouble la cloison qui, dans ces cas, est constituée uniquement par les deux lames amnio-choriales.

Il semble qu'il n'y ait pas interposition de caduque, et que la caduque réfléchie qui les entoure leur est commune, et qu'elle n'envoie aucun prolongement entre les deux chorions adossés dans la cloison.

Cette interprétation est admissible ; mais il se pourrait aussi que chaque œuf ait sa caduque, mais que la partie de cette caduque située entre les deux œufs ait été tellement étirée, amincie et aplatie par suite du développement des deux œufs, qu'elle ne semble plus exister sur les œufs à terme.

Quoi qu'il en soit, on ne rencontre aucune anastomose entre les vaisseaux des deux circulations, même quand les cordons s'insèrent très près l'un de l'autre et que de grosses branches vasculaires se dirigent vers la cloison ; il n'est possible de déceler ni superficiellement, ni profondément de communications entre les deux circulations.

Dans tous les cas, qu'il s'agisse de placentas en apparence uniques, ou de placentas nettement séparés, les cordons s'insèrent vers n'importe quel point de la surface placentaire.

L'insertion du cordon n'obéit alors à aucune loi particulière ; aussi, peut-on observer toutes les combinaisons possibles ; on peut voir les deux cordons s'insérer au centre de la surface placentaire, très près de la cloison qui les sépare ; ou bien on aura une insertion centrale et une marginale, ou même vélamenteuse ; dans ce cas, l'insertion vélamenteuse pouvant se faire sur la cloison elle-même.

Les cordons peuvent être insérés, soit sur la portion des membranes qui constituent la cloison, soit sur tout autre point de leur étendue.

Enfin, dans les grossesses vitellines, les placentas en apparence uniques sont beaucoup plus nombreux que les placentas nettement séparés (11 fois sur 16. — Eleuterescu).

Arrière-faix dans les grossesses multiples univittellines. — Ici, le placenta est toujours unique ; en examinant la face fœtale de ce placenta, on voit un chorion basal unique, et on peut voir également de

gros rameaux vasculaires partis d'un cordon aller s'anastomoser à plein canal avec les rameaux venant du cordon opposé.

Cette unité du placenta se reconnaît également en examinant la face utérine ; on ne trouve souvent aucune différence de coloration entre les parties du gâteau placentaire qui sont afférentes à chacun des deux enfants.

En outre, il est facile, en examinant la disposition des cotylédons, de constater qu'en aucun point il n'y a possibilité de trouver, sur cette face du placenta, traces du sillon qui, courant d'un bord du placenta à l'autre, serait le vestige de l'accolement des deux placentas primitivement distincts.

Si le placenta est unique, l'examen montre que la disposition des membranes n'est pas toujours aussi simple. Il n'y a qu'une seule poche choriale ; mais, dans son intérieur, tantôt deux, tantôt une seule poche amniotique.

Avec quel degré de fréquence rencontre-t-on chacune de ces variétés ?

Quelles en sont les causes ?

La première variété, celle qui a trait aux délivres à deux cavités amniotiques est de beaucoup la plus fréquente : 6 sur 8 (Eleuterescu). — 42 sur 44 (Veit).

Mauriceau, Levret, Baudelocque n'acceptent pas les œufs avec un seul amnios.

Tarnier et Chantreuil, tout en constatant qu'on trouve des œufs avec un seul amnios, prétendent qu'il y a dû y avoir auparavant deux œufs distincts, mais que la cloison qui les séparait a dû se résorber,

et les deux œufs, complets et distincts, ne formeraient plus qu'un seul œuf.

Il semble cependant plus plausible d'admettre, avec Eleuterescu et Dareste, que ces parties ont manqué dès l'origine et qu'elles ne se sont pas développées pour une raison quelconque.

Dans les grossesses univitellines, les insertions des cordons diffèrent tout à fait, selon que les délivres sont à deux amnios, ou à sac amniotique unique.

Dans les cas à deux amnios, d'après Eleuterescu, les cordons sont insérés très loin l'un de l'autre, et assez près des bords du placenta, sur le placenta, ou même sur les membranes.

Dans les cas à sac amniotique unique, les cordons sont très rapprochés l'un de l'autre et s'éloignent plus ou moins des bords du placenta. Tarnier et Chantreuil citent un cas observé par Neumann dans lequel, l'amnios étant unique, les cordons s'inséraient au milieu du placenta et étaient séparés par la largeur d'un pouce seulement. Delore a figuré, dans l'article placenta du Dictionnaire Dechambre, un exemple dans lequel les cordons sont confondus au niveau de leur insertion placentaire.

Serait-ce là une règle absolue ? Il semblerait que oui, malgré certaines contradictions relevées dans les textes de Hyrtl et de Schatz, portant sur un certain nombre de placentas.

Des anastomoses vasculaires dans les placentas de grossesses multiples univitellines. — Sur ces placentas,

à l'encontre des premiers, on rencontre des anastomoses nombreuses entre les vaisseaux des deux cordons.

Mais les communications sont-elles identiquement les mêmes, qu'il s'agisse de délivres à une ou deux cavités amniotiques ?

Avant de répondre à cette question, il serait bon de se demander ce que sont les communications en général, et quels ont été les avis des différents auteurs qui se sont occupés de cette question.

Anatomiquement, leur existence a été contestée pendant très longtemps par un très grand nombre d'auteurs.

Si des accoucheurs, comme Portal, de la Motte, soupçonnaient les anastomoses et recommandaient, de crainte d'hémorragie, de sectionner toujours le cordon du premier jumeau entre deux ligatures, d'autres accoucheurs non moins célèbres, comme Deventer, Peu, Burton, le niaient formellement.

Stalpart van der Wiel a signalé le premier des anastomoses constatées anatomiquement par l'injection de liquide dans les vaisseaux. Il s'agissait d'une grossesse trigémellaire.

Leuret les connaissait aussi. Smelli les a vues également.

Cependant Baudelocque les contestait dans la plupart des cas, et disait « qu'il n'existe presque aucune communication entre leurs vaisseaux ».

Velpeau les considérait également } comme une anomalie.

Busch disait qu'en trente ans, il n'avait pas vu un seul cas de communication vasculaire.

Hueter a donné, en 1843, une description assez complète des communications superficielles.

Jacquemier, en 1846, reconnaissait que les communications n'étaient pas excessivement rares.

Spath montra que, sur trente et une grossesses à un seul œuf, vingt fois il existait des anastomoses.

Hyrthl se servit le premier, pour la démonstration de ces communications, d'injections de masses colorées à l'intérieur des vaisseaux. Il conclut dans son travail que les communications se divisent en :

1° Superficielles ;

2° Profondes.

Les premières se faisant à la surface du placenta, au-dessus du chorion basal, et se divisant elles-mêmes en deux groupes :

a) Artérielles, se faisant d'artère à artère ;

b) Veineuses, se faisant de veine à veine.

En un mot, les communications superficielles se font toujours entre vaisseaux de même nom.

Les deuxièmes, se faisant au-dessous du chorion basal, devaient elles-mêmes être divisées, selon Hyrthl, en deux groupes :

a) Les communications se faisant entre des branches volumineuses de même nom : artère à artère ou veine à veine ; analogues, par conséquent, aux anastomoses superficielles, mais recouvertes par le chorion basal et, par conséquent, invisibles à la simple inspection extérieure ;

b) Les communications profondes se faisant entre

de petites branches capillaires, au niveau des villosités, entre artère et veine, et qui étaient très rares.

Après lui, Schatz, utilisant une série de pièces lui appartenant et quelques-unes des pièces laissées par Hyrtl, fit une étude très complète des communications vasculaires entre les deux circulations des placentas univitellins, sur leur développement et leurs conséquences.

De même que Hyrtl, Schatz divise les communications en superficielles et profondes :

1° Les communications superficielles, d'après Schatz, sont très fréquentes, mais non pas constantes; elles se font toujours entre branches de même nom : artère à artère, veine à veine. Les communications entre artères sont les plus fréquentes.

2° Quant aux communications profondes, Schatz les décrit de la manière suivante : certains cotylédons placentaires reçoivent des vaisseaux artériels et veineux venant des deux fœtus; si bien qu'au niveau des villosités, on verrait le sang venant d'une artère appartenant à l'un des fœtus passer dans une veine appartenant à l'autre fœtus et réciproquement. Ainsi se trouverait constituée une troisième circulation : les deux premières constituées par deux cercles ayant leur origine et leur terminaison au même cœur; la troisième, au contraire, formant un cercle constitué de deux moitiés : la première allant du cœur gauche de l'un des fœtus au cœur droit de l'autre fœtus; la deuxième allant en sens inverse.

Ces communications intra-utérines seraient, d'après Schatz, constantes et très nombreuses.

Ces différentes communications sont les seules admises par Schatz.

Enfin, d'après les recherches de Bar et d'Eleuterescu, on peut diviser les communications en superficielles et profondes :

1) Les superficielles se faisant à la surface du placenta, ainsi qu'elles ont été décrites par tous les auteurs ; les branches vasculaires communicantes étant toujours de même nom : d'artère à artère et de veine à veine.

Les communications d'artère à artère existeraient dans tous les cas, mais leur volume et leur manière d'être seraient différents, suivant qu'il s'agirait de délivres à deux cavités amniotiques ou à une seule.

Dans les cas de délivres à deux cavités amniotiques, la communication est toujours constituée par l'inosculation de deux branches très grêles (deux millimètres en moyenne), et qui se réunissent généralement après un très long parcours. Au contraire, dans un délivre à un seul amnios, le calibre des branches artérielles constituant l'anastomose était très considérable. Dans les deux cas cités par Eleuterescu, le diamètre était de un centimètre à un centimètre et demi.

Il semble qu'il existe un rapport très net entre le calibre des anastomoses et la disposition des cordons dans les grossesses multiples univitellines à un ou deux amnios.

Quand les cordons sont rapprochés, comme dans

les cas à un seul amnios, l'anastomose sera considérable ; il n'en sera plus de même quand les cordons auront une insertion éloignée, comme dans les cas à deux amnios.

Les communications superficielles de veine à veine ne se sont jamais trouvées seules. Dans les deux cas cités par Eleuterescu, elles accompagnaient des communications artérielles. En outre, ces deux faits de communications superficielles doubles, artère à artère et veine à veine, se sont rencontrés dans les deux cas d'amnios unique.

2) Pour Bar et Eleuterescu, les communications profondes sous-choriales entre des branches plus ou moins volumineuses, seraient dues à des erreurs d'interprétation.

Les véritables anastomoses profondes sont fréquentes, mais non pas constantes, elles peuvent même manquer totalement. Lorsqu'elles existent, elles sont ordinairement très nombreuses et de calibre très variable ; leur nombre varierait de huit à quinze ; leur calibre varierait également ; mais, en général, les branches, au moment où elles disparaissent sous le chorion, ont un volume minime ; la plupart seraient filiformes. Quelques-unes peuvent cependant atteindre des dimensions importantes.

La disposition qu'affecteraient les anastomoses serait généralement la suivante : les cotylidons appartenant à la troisième circulation formeraient une ligne plus ou moins sinueuse, qui séparerait les deux territoires propres à l'un et à l'autre des deux fœtus.

En résumé, les recherches de Bar et Eleuterescu ont abouti à ces conclusions :

Il y a deux sortes de communications : superficielles et profondes.

A) Les superficielles, presque constantes, se divisent, suivant le nombre des cavités amniotiques :

1° Dans les cas de deux cavités amniotiques simples, en communications uniques, artère à artère, veine à veine, généralement de petit calibre.

2° Dans les cas de cavité amniotique unique, en communications doubles, artère à artère, veine à veine, généralement de calibre plus ou moins grand.

B) Les profondes ne comprennent qu'une seule catégorie :

Les sous-choriales, sus-capillaires, artère à artère et veine à veine, ne sont dues qu'à des erreurs d'interprétation.

Les intervillieuses capillaires, d'artère à veine et de veine à artère, fréquentes, mais non constantes, constituent les seules communications profondes.¹

Maintenant que nous avons terminé l'étude de l'arrière-faix dans les grossesses gémellaires uni et bi-vitellines, nous pouvons aborder avec fruit l'étude de cette altération si tangible et si facilement décelable de l'œuf : l'hydramnios, et, en particulier, l'hydramnios précocé.

1° Dans les cas de gémellaires bivitellines, l'hydramnios de l'un des œufs est absolument individuelle et peut tenir à l'une des nombreuses causes

¹ Eleuterescu. Thèse de Paris, 1896.

susceptibles de produire l'excès de liquide dans la cavité amniotique d'un œuf simple. Il faut faire ici, cependant, une large part à la syphilis et aux lésions qu'elle provoque dans les différents organes, dans le foie en particulier.

2° Dans la gémellaire univitelline, il semble que l'hydramnios précoce, quoique toujours assez rare, soit cependant un peu plus précoce que dans l'autre. De plus, dans ce cas, l'hydramnios s'accompagne d'une altération générale et profonde du fœtus qui occupe la cavité amniotique atteinte de polyhydramnie. Cette coïncidence a été signalée pour la première fois, d'après Eleuterescu, par Huéter ; mais ce sont surtout Nieberding et Sallinger qui en ont donné des descriptions complètes. Dans les cas relatés par les deux auteurs, à côté de la cavité amniotique, atteinte de polyhydramnie et contenant un fœtus œdémateux, se trouvait une cavité atteinte d'oligohydramnie et contenant un enfant maigre et souffreteux, les auteurs attribuèrent l'hydramnios à des causes accidentelles.

Sallinger l'avait attribuée à la compression de la veine ombilicale au niveau de l'anneau, par la vessie distendue ; Nieberding l'attribuait à un rétrécissement du trou de Botal.

Schatz, en étudiant les communications vasculaires dans les placentas univitellins, fut amené à conclure que ce sont ces dispositions anatomiques particulières qui amènent des troubles dans la circulation des deux enfants et l'hydramnios de l'une des cavités. Nous étudierons ce dernier cas, le plus intéressant,

beaucoup plus au long, lorsque, dans notre étude clinique de l'hydramnios, nous en étudierons l'étiologie et la pathogénie.

Mais il est un fait qu'il est bon de signaler avant de terminer cette étude : c'est l'importance du rapport qui peut exister entre la tératologie et la grossesse gémellaire.

Si des monstres peuvent se trouver dans les grossesses multiples bivitellines, ces monstres sont des monstres simples et ne présentent aucun rapport avec la grossesse multiple.

Dans la grossesse multiple univitelline, au contraire, en dehors des monstruosité qui peuvent atteindre l'un des fœtus comme individu isolé, il y a toute une série de monstruosité qui sont en rapport direct avec la diplogénèse.

Parmi les monstruosité dont peuvent être atteints des jumeaux univitellins, il faut distinguer celles qui frappent l'un des facteurs seulement, et celles qui frappent les deux facteurs à la fois.

Parmi les premières de ces monstruosité, se placent les monstres acardiaques.

Les premiers auteurs qui décrivirent ces monstres ne rencontrèrent tout d'abord aucune créance, car il était impossible d'admettre qu'un individu puisse vivre, étant privé de cœur. Mais lorsque l'existence de ces monstres fut prouvée d'une façon indiscutable, on s'efforça de l'expliquer par le passage direct du sang de la mère dans le corps du fœtus.

Aujourd'hui que l'existence de pareilles commu-

nications ne peut plus être admise, on nie l'existence de monstres acardiaques arrivés à un certain développement, sans frère univitellin bien conformé.

En effet, dans les embryons jumeaux univitellins, lorsque l'un des embryons est privé de cœur, et que des communications très larges existent entre les deux circulations placentaires, le cœur de l'embryon bien conformé sert pour les deux embryons.

Cazeaux, le premier, a montré que le cours du sang dans l'individu acardiaque était inverse du cours naturel, et qu'au lieu de pénétrer par la veine ombilicale, il pénètre par les artères et revient par la veine. Mais le sang, ainsi lancé par le cœur de l'individu bien conformé, a déjà servi à sa nutrition. C'est ainsi, grâce à des communications vasculaires placentaires plus ou moins larges, le réunissant à un frère bien conformé, que l'acardiaque peut arriver à vivre jusqu'au terme de la vie intra-utérine.

Claudius a été encore plus loin dans le rôle qu'il a fait jouer à ces communications, c'est à elles, en effet, qu'il attribuait la monstruosité elle-même.

A côté de ces monstruosités qui frappent seulement l'un des facteurs, on rencontre, dans la gémellité univitelline, d'autres espèces de monstruosités dues à la soudure, à l'union des deux germes et à la formation d'un monstre double.

On a noté encore d'autres sortes de monstruosités et de malformations fœtales : hydrocéphalie, anencéphalie (M. Commandeur), encéphalocèle, spina bifida, bec de lièvre, pieds bots, mains botes ; ou bien des vices de conformation du cœur : insuffi-

sance de la valvule tricuspide, rétrécissement de l'artère pulmonaire, ou des vices de conformation des organes génitaux, ou du rectum (imperforation). Mais on a aussi trouvé toutes ces lésions sans qu'il y ait, pour cela, exagération de la quantité de liquide. On s'est donc demandé s'il n'existerait pas une cause qui produirait, dans certains cas, l'hydramnios seule et, dans d'autres cas, l'hydramnios et ces malformations fœtales.

Ces dernières ne seraient donc plus l'origine de l'hydramnios, mais seraient produites en même temps qu'elle, par cette cause.

La syphilis qui se présente toujours, ou presque toujours, avec cette exagération du liquide amniotique, ne serait-elle pas ce facteur inconnu ?

Quoi qu'il en soit et sans s'attacher à des hypothèses qui sont encore à prouver, on comprendra facilement l'importance que peuvent avoir ces monstruosités dans la formation de l'hydramnios. Si, en effet, l'hydramnios est due, la plupart du temps, à des communications vasculaires anormales chez des individus normaux, à plus forte raison cette hydramnios pourra exister lorsque les communications vasculaires deviendront excessives et complètement anormales, chez des individus anormaux eux-mêmes.

OBSERVATION I (Scarpa).

Grossesse gémellaire. — Hydramnios précoce.

Jeanne Beccali, âgée de 30 ans, bien conformée, d'une constitution vigoureuse, mère de quatre enfants, présenta en décembre 1886, les premiers signes de la grossesse. A partir de cette époque, elle ressentit continuellement une douleur obtuse dans toute la circonférence du ventre, et plus gênante encore dans les lombes.

Saignée. — La saignée fut excessive et portée jusqu'à la syncope ; les douleurs gravatives n'en persistèrent pas moins dans toute la paroi abdominale antérieure et dans les lombes. Faiblesse insolite, avec inertie des membres inférieurs et sensation continue de froid aux pieds. Ensuite parut l'œdème qui s'étendit successivement des pieds aux jambes, aux cuisses et de là aux fesses, aux lombes, et aux parties génitales. Aux vomissements et aux nausées se joignit une soif inextinguible ; urines rares, rougeâtres. Le ventre se tuméfie avec une rapidité telle qu'au cinquième mois, la Beccali paraissait être parvenue au terme de sa grossesse.

Dès le sixième mois, le gonflement des membres inférieurs et la distension du ventre étaient si extraordinairement excessifs que la malheureuse femme, fatiguée par la difficulté de respirer, par des syncopes fréquentes, par l'impossibilité de rester couchée, par l'inappétence, l'insomnie presque continue, ayant

la face tuméfiée et livide, croyait être arrivée au dernier jour de son existence. A ma première visite, je constatai ce qui suit :

La peau du ventre apparaissait amincie, livide, ombilic proéminent, les hypocondres gonflés, étaient élevés d'une manière singulière. Les membres inférieurs, considérablement infiltrés, menaçaient de se crevasser dans plusieurs endroits de leur surface ; quoique, jusqu'alors, la malade n'eut senti aucun mouvement produit par le fœtus. L'élévation du col de l'utérus et le gonflement considérable des lèvres de l'orifice de ce viscère que je découvris au moyen du toucher, conjointement avec les autres signes de la conception, ne me laissaient aucun doute relativement à la grossesse. En percutant le ventre, on constata facilement la présence d'une grande quantité de sérosité épanchée dans sa cavité ; mais le choc des eaux contre le point frappé n'était pas égal partout, car il était faible et obscur à l'hypogastre et sur les flancs ; manifeste vers les hypocondres, gonflés fortement, vibrant, et, pour ainsi dire, à fleur de peau dans l'hypocondre gauche, près du bord du cartilage des fausses côtes.

La présence incontestable des eaux épanchées dans le ventre, compliquée ou non d'hydropisie utérine, une grossesse concomitante et, par-dessus tout, le danger imminent de suffocation à laquelle la malade se voyait exposée, me déterminèrent à pratiquer immédiatement la paracentèse de l'abdomen, de préférence à la ponction de l'utérus, car il n'était pas démontré que la matrice fut le siège d'une hydropisie.

Scarpa ponctionna donc l'abdomen, il en sortit 25 à 30 litres de liquide, et le lendemain les douleurs de l'accouchement se déclarèrent. Sous leur influence, les membranes s'étant rompues, les eaux de l'amnios sortirent en si grande abondance que, de l'aveu de l'assistance, leur poids fut évalué à 15 livres ; puis furent expulsés deux fœtus qui moururent après leur

naissance. Leur grosseur pouvait être comparée à celle d'un fœtus de six mois.

Les suites furent bonnes, et la Beccali put reprendre ses occupations le seizième jour.

OBSERVATION II (Noël Dumarais).

Grossesse gémellaire. Hydramnios précocé.

Une femme se disant grosse de cinq mois, et dont le ventre était plus volumineux qu'il ne l'est à la fin d'une grossesse ordinaire, consulta Noël Dumarais. Il constata parfaitement la fluctuation d'un liquide épanché, mais il ne put déterminer la hauteur du fond de l'utérus, et il pensa que la grossesse était compliquée d'ascite.

La crainte de blesser la matrice lui ôta toute idée de ponction ; de concert avec un autre médecin, il prescrivit des remèdes intérieurs. Les accidents augmentant toujours, un troisième médecin fut appelé, et, malgré le soupçon et la presque certitude d'une grossesse, ils se déterminèrent à pratiquer une ponction à la hauteur de l'ombilic. Un fluide très limpide sortit avec un peu de sang. Un corps se présenta à l'ouverture de la canule ; il fut repoussé avec la sonde cannelée ; mais la proportion de sang augmenta tellement que la femme perdit ses forces et qu'on fut obligé de retirer la canule lorsque le tiers du liquide (12 litres) fut ainsi retiré. La malade se trouva soulagée, mais quinze jours après, les accidents avaient reparu. Intimidés par les accidents de la première ponction, et soupçonnant une grossesse, les médecins temporisèrent, et la femme accoucha vingt-un jours après de deux fœtus qui vécurent plusieurs heures. Leur expulsion fut précédée et suivie d'une

quantité d'eau extraordinaire. On reconnut alors que le trocart avait pénétré dans la matrice.

Journal de Sédillot. T. VI. An VIII de la République.

(Observation de Charpentier in *Archives de tocologie*, 1880).

OBSERVATION III (Lambl).

Grossesse double. Hydramnios précoce.

Femme Z. . . , juive, 28 ans, robuste, mère de trois enfants, n'a jamais eu d'affections graves. Lorsque je la vis pour la première fois, au mois d'octobre, son mari me dit qu'elle se croyait enceinte de quatre ou cinq mois, ses règles s'étant arrêtées depuis le mois de juin. Deux semaines auparavant, du 15 au 20 septembre, à la suite d'un refroidissement pris le soir, dehors, cette femme se plaignit d'un point de côté dans l'hypocondre droit. On lui fit prendre un bain très chaud et, pour calmer ses douleurs, on lui mit vingt ventouses sèches au bas du ventre et à l'endroit douloureux. Peu après, l'état s'aggrave, le ventre se tuméfie et augmente de volume tous les jours. Un médecin appelé déclara que c'était une grossesse assez avancée, dans la deuxième moitié. Des diurétiques furent ordonnés, mais n'apportèrent aucun soulagement; c'est alors que je fus appelé auprès de cette femme.

1^{er} octobre. — La malade se plaint surtout de difficultés pour respirer et d'une douleur continue dans l'hypocondre droit. Le ventre a pris un volume énorme, la ligne qui va du pubis à l'appendice xyphoïde mesure 56 centimètres; le nombril se trouve à 29 ou 30 centimètres au-dessus de la symphise, la paroi antérieure forme une énorme saillie convexe, symétrique dans tous les sens. La paroi abdominale, non oedématisée, a

une tension extraordinaire, une résistance égale dans tous les points de la région et une fluctuation vague à la percussion. Le tympanisme est limité à une partie de l'épigastre, sur 6 à 8 centimètres, les intestins sont fortement comprimés vers la région lombaire. Le nombril est complètement effacé. Le visage, les membres supérieurs, les organes génitaux n'offrent pas d'œdème, on en trouve seulement un léger aux membres inférieurs, au toucher, on trouve l'orifice utérin très élevé et dirigé tellement en bas et en arrière qu'on peut difficilement atteindre la lèvre postérieure, il est très mou. L'orifice externe n'est pas perméable ; la voute du vagin a pris une apparence infundibuliforme, on ne sent rien d'anormal à travers ses parois ; la vessie est vide, contractée en forme de cône ; le rectum est vide.

L'état général n'offre rien d'anormal ; pouls réguliers à 86. Température peu élevée, langue humide, pas d'anorexie, bien que la malade ne veuille rien prendre pour ne pas augmenter la gêne et l'oppression qu'elle éprouve au côté droit. La sécrétion urinaire est très faible, les diurétiques n'ont eu aucune influence sur la quantité des urines, pas d'albumine. Peau modérément humide, souple. Rien au cœur, ni aux poumons. L'oppression et la difficulté de respirer ne viennent visiblement que de la pression sous diaphragmatique qui remonte jusqu'à la première côte. La malade dort peu, sans que les symptômes soient plus graves le soir. On ordonne tout d'abord une infusion de séné.

Dans l'examen fait le jour suivant, aucun changement appréciable. Pouls à 96. Respiration courte à 30. L'oppression seule est devenue insupportable depuis la veille, léger degré de cyanose. La malade demande à prendre des remèdes radicaux pour être délivrée de ce point douloureux et de ce danger d'étouffement. Son mari déclare qu'elle est résolue à tout, même au sacrifice de sa grossesse probable, pour mettre fin

à cet état insupportable qu'elle ne peut endurer plus longtemps.

Mon opinion hésitait entre trois hypothèses : ascite aiguë (peritonitis serosa), kyste de l'ovaire, et enfin hydramnios. Des motifs sérieux m'empêchaient, en particulier, d'admettre ces trois hypothèses ; on ne pouvait cependant en faire une quatrième. Contre l'ascite, la configuration du vagin, la marche de la sonorité qui me faisaient constater l'absence des anses intestinales ; contre l'hypothèse de kyste de l'ovaire, le développement extrêmement rapide du bas-ventre, la tension symétrique de la paroi abdominale, et aussi ce fait que, deux semaines auparavant, la malade n'avait constaté la présence d'aucune tumeur régulière de ce côté, le développement régulier et excessif de deux kystes de l'ovaire étant difficile à admettre. Pour ce qui était de l'hydramnios, cette hypothèse était également difficilement admissible à cette époque de la grossesse ; d'un autre côté, nous ne pouvions admettre l'opinion de la malade qui nous disait avoir un épanchement d'eau.

On s'arrêta à l'idée d'ascite, et, comme le danger était réel, et qu'une attente plus prolongée était d'autant moins admise qu'un diagnostic précis semblait impossible, nous décidâmes de faire la paracentèse, opération qui fut acceptée.

20 octobre, 4 heures du soir. — La ponction a été faite dans la région mésogastrique, à la hauteur de l'ombilic, c'est-à-dire à 29 ou 30 centimètres au-dessus de la symphise, et à 18 centimètres en dehors du nombril. Il s'écoula 15 litres environ d'un liquide jaune clair, limpide, qui jaillit tout d'abord avec beaucoup de force de la canule, puis le jet cessa subitement, comme si une soupape était venue l'intercepter, la piqûre donna seulement deux ou trois gouttes de sang.

La malade éprouva un soulagement visible et jouit d'un calme relatif, il était manifeste cependant que le volume du

ventre n'avait pas sensiblement diminué, bien qu'on eut retiré un tiers environ du liquide contenu dans la cavité abdominale. Pas de syncope, la respiration devient plus libre.

21 octobre. — La malade est plus calme que les jours précédents, le ventre indique, dans la moitié gauche, un affaissement considérable, et, à l'endroit où fut faite la ponction, on peut sentir, à travers la paroi une saillie ronde, dure, de six centimètres de diamètre environ. La partie droite du ventre est aussi fortement convexe et aussi tendue qu'auparavant. Pouls à 86. Respiration plus libre, pas de tympanisme, douleur insignifiante dans l'hypocondre droit.

o gr. 10 d'acétate de morphine à prendre le soir.

24 octobre. — La malade a eu une nuit calme, elle va bien, il semble cependant que le ventre augmente encore. L'affaissement du côté gauche, et la grosseur sont manifestes. Pouls à 30 — une seule garde-robe — peu d'urines.

25 octobre. — La sensation de pesanteur dans le côté droit augmente, respiration difficile ; le côté gauche du ventre est aussi plat qu'avant ; au contraire, la partie droite, extraordinairement résistante et tendue, est plus saillante. Le son intestinal ne peut être retrouvé nulle part, excepté à l'épigastre, où existe un tympanisme sourd et limité. Une deuxième ponction est faite dans la région mésogastrique droite ; le liquide donne un jet aussi fort que la première fois, et, de même, il cesse brusquement de couler. Il y en eut environ 20 litres, jaune rougeâtre, foncé, spumeux ; il laisse déposer, au fond du vase, un dépôt très léger de sang frais.

La malade éprouve maintenant un soulagement complet ; elle respire librement et se trouve tout à fait à l'aise. On peut maintenant procéder à un examen plus précis. Les parois abdominales sont relâchées, molles, pâteuses, sans fluctuation apparente. On sent, dans la région médiane, vers l'ombilic, une tumeur ronde et résistante qui remonte à trois travers de doigts

plus haut. L'orifice utérin se montre le même qu'à l'examen précédent.

30 octobre. — Le mari de cette femme nous dit qu'elle a expulsé, à trois heures du matin, deux jumeaux qui devaient avoir quatre ou cinq mois. L'un était rouge sombre et n'a presque fait aucun mouvement. Le placenta était unique. Je n'ai pu voir ni les fœtus, ni le placenta. La malade était tout à fait calme et éprouvait un grand bien-être. Le fond de l'utérus était facilement senti. Dans le vagin, il y avait un peu de sang liquide.

Suites de couches normales.

(*Lambl-Centralblatt für Gynækologie. 1881. V*).

(In thèse d'Arzac. Bordeaux).

OBSERVATION IV (Tillaux).

Grossesse gémellaire. Hydramnios précoce.

Une femme de 37 ans, bien constituée arrive à l'Hôtel-Dieu avec un ventre tellement énorme qu'elle pouvait à peine respirer.

Elle racontait qu'elle devait être enceinte au moins depuis cinq mois, car elle n'avait pas été réglée dans cet intervalle. Précédemment, elle avait eu quatre grossesses qui avaient produit cinq enfants, car la seconde grossesse avait été double. Les couches furent toujours faciles, sans accidents d'aucune sorte. Cependant, depuis la dernière, cette femme était devenue sensible au froid et, pour peu que son ventre se refroidit, il devenait gros et douloureux. Dans les derniers temps, il avait acquis rapidement ce développement qui, en refoulant le diaphragme, menaçait la malade d'asphyxie. Mais, sur le point de savoir si,

avant sa grossesse, elle présentait déjà ou non, une tumeur, il pouvait y avoir des doutes. La femme qui l'accompagnait, quand elle entra à l'hôpital, et son mari disaient que son ventre était déjà gros depuis quelque temps ; ses propres réponses étaient de nature à confirmer dans la pensée d'une tumeur remontant à 5 ou 6 mois.

Quand M. Tillaux examina cette tumeur, il constata d'abord qu'elle était pleine de liquide. Sur la plus grande partie de sa surface, il suffisait de percuter un point quelconque pour donner la sensation de flot vers l'autre extrémité du même diamètre. Pourtant, à ce moment, lors du premier examen, on nota vers le côté gauche et en avant, quelques particularités qui cadraient mal avec l'hypothèse d'une cavité uniloculaire.

Sur une certaine étendue, la consistance n'était plus la même, et on avait la sensation d'une saillie distincte, limitée sur ses bords par une espèce de sillon ; ces différentes considérations faisaient penser à un kyste ovarien.

Cependant, l'hypothèse de l'hydropisie de l'amnios se présenta et fut discutée, mais elle ne paraissait guère probable d'après cet ensemble de signes. Il est vrai qu'un examen postérieur fit trouver de grands changements à ce point de vue. La tumeur était devenue maintenant parfaitement unie, et tous les points percutés sur les deux tiers de sa surface donnèrent également lieu au phénomène du flot, ce qui ramenait à la pensée d'une tumeur uniloculaire. Une opération était devenue urgente ; la malade, assise sur son lit, étouffant, violacée, ne pouvant plus ni dormir, ni manger, souffrant beaucoup, était exposée à succomber à l'asphyxie et demandait qu'on la délivrât le plus tôt possible.

M. Tillaux agita de nouveau la question de savoir s'il ne s'agissait pas d'une hydramnios ; c'était celle des deux hypothèses qui paraissait le moins probable.

Une ponction était d'ailleurs l'opération la plus simple et la plus efficace pour atténuer la gêne de la respiration.

La ponction pratiquée donna issue à un liquide très transparent, très clair, d'une couleur légèrement jaunâtre, mais dont la grande limpidité et l'absence de viscosité faisaient plutôt penser au liquide de l'amnios qu'à autre chose. En conséquence, M. Tillaux, tout en laissant couler le liquide appliqua largement la main sur la surface de la tumeur pour la surveiller en quelque sorte. Tout à coup, il sentit un choc tel qu'en cause un mouvement fœtal et, à peu près au même moment, la tumeur se durcit, s'arrondit se contracta tout comme fait l'utérus au moment du travail de l'accouchement. La malade accusait d'ailleurs des douleurs semblables aux premières douleurs d'une femme en couches. Cette énorme tumeur qui contenait au moins vingt litres de liquide était donc bien l'utérus lui-même ainsi dilaté dès le sixième mois par une hydramnios suraiguë.

Cette femme a été accouchée un peu plus tard par une sage-femme (un mois après la ponction). Elle avorta de deux jumeaux volumineux de six mois environ. Il y avait une grande quantité de liquide amniotique.

Gazette des Hôpitaux, août 1886.

OBSERVATION V (Lepage).

La nommée C. . . Marie, âgée de 34 ans, ménagère, entre le 25 juin 1886, à la maternité de Lariboisière, salle Saint-Anne, lit n° 4.

Quatre grossesses normales. Actuellement, les dernières règles datent du 18 janvier. Vers le 14 avril, elle remarqua que son ventre prenait un développement rapide, et depuis ce mo-

ment, continu. Depuis, douleurs très vives dans les hypochondres. Pas de troubles de la miction. Urines peu abondantes, constipation opiniâtre. Gêne de la respiration qui a débuté en même temps que l'augmentation de volume du ventre, et très marquée depuis trois semaines.

A son entrée, on ne remarque ni œdème des membres inférieurs, ni la présence d'albumine dans les urines. Le ventre présente un volume plus considérable que chez une femme à terme. La situation devenant intolérable, M. Pinard pratique, le 1^{er} juillet, une ponction qui donne issue à un liquide citrin ; le trocart paraît libre dans une vaste cavité. Lorsque cinq litres de liquide se sont écoulés, on voit et on sent l'utérus se contracter et immobiliser le trocart ; puis, au fur et à mesure que l'évacuation continue, on constate l'existence de parties fœtales à la région supérieure, puis bientôt, on peut percevoir deux têtes dans l'utérus. Le diagnostic ne faisait plus de doute ; il s'agissait de grossesse gémellaire, avec hydropisie d'un œuf.

Le 20 juillet, à 4 heures du soir, expulsion d'un fœtus se présentant par le siège, ascitique, œdématié et pesant 1450 gr. La seconde poche se rompt spontanément à 6 heures du soir ; le second fœtus est expulsé immédiatement ; il est macéré et présente un volume de la tête assez considérable. Il pèse 1.000 grammes. La délivrance se fait spontanément à 6 heures et demie.

Suites normales.

(Lepage, *Annales de gynécologie*, 1888).

OBSERVATION VII (Arzac, Thèse de Bordeaux, 1901).

M^{me} M..., 25 ans, secundipare. Rien de remarquable dans les antécédents personnels ou héréditaires, si ce n'est que la

femme d'un cousin-germain du père de M^{me} M... a eu une grossesse double. Les dernières règles datent du 19 octobre 1900.

Le 15 mars, elle s'aperçoit que son ventre augmente de volume d'une façon notable ; dix-huit jours après, elle fait venir une sage-femme qui l'avait assistée lors de sa première grossesse ; et, après examen, celle-ci lui dit qu'elle était en effet plus grosse que ne le comportait l'époque à laquelle en était arrivée la grossesse, et qu'elle avait dû se tromper sans doute sur l'époque de l'apparition de ses dernières règles.

Comme le ventre continuait à augmenter rapidement, huit jours après, vers le premier avril, elle demanda de nouveau la sage-femme qui, constatant l'augmentation déjà considérable qu'avait pris l'abdomen depuis sa dernière visite, et ne sachant trop que dire, pensa qu'il y avait beaucoup d'eau, et que c'était là la cause qui empêchait d'entendre les bruits du cœur fœtal, elle se retira en disant que, si les phénomènes continuaient, il serait peut-être nécessaire de provoquer l'accouchement. Pendant les quinze jours (15 mars au 1^{er} avril), le ventre s'était uniformément développé dans toutes les dimensions.

La malade n'avait éprouvé dans le bas-ventre aucune sensation de choc fœtal bien net, comme dans sa première grossesse. Elle avait seulement ressenti parfois, et toujours du côté gauche, de vagues mouvements, mais qui ne lui rappelaient en rien ceux, bien frappés, qu'elle avait ressentis pendant sa première grossesse.

Le ventre grossissait toujours, et très rapidement, au point qu'elle était obligée de procéder chaque jour à l'agrandissement de ses vêtements.

La malade ne se plaignait, à ce moment, que de la gêne causée par un œdème sus-pubien, qui commença à se dessiner à la fin de mars et qui, déjà le 8 avril, l'inquiétait beaucoup, surtout

lorsqu'elle pensait que, lors de sa première grossesse, elle n'avait rien eu de semblable.

Rien du côté de l'appareil circulatoire ni du côté urinaire.

A partir de ce moment, 8 avril, c'est-à-dire trois semaines environ après le début des accidents, le volume du ventre était devenu tel qu'il commençait à gêner considérablement la malade dans ses occupations habituelles.

Examinée le 10 avril par un médecin, membre de sa famille, elle présentait alors un abdomen uniformément distendu. Un choc imprimé d'un côté, se transmettait nettement à l'autre, comme dans l'ascite. Il n'y avait pour ainsi dire pas de circulation collatérale. Légère dyspnée. Pensant qu'il s'agissait d'une hydramnios à marche rapide, et estimant que M^{me} M... pouvait voyager sans inconvénient, il lui conseilla de venir se faire examiner à Bordeaux, ce qu'elle fit trois jours plus tard.

MM. les professeurs agrégés Fieux et Chevannay, M. le professeur Lefour réunis en consultations, constatèrent la présence d'une tumeur remontant à 58 centimètres au-dessus de la symphise, sa circonférence mesurant 1^m16 cent. au niveau de l'ombilic. Cette tumeur est régulière, tendue et manifestement fluctuante, il est impossible d'y déceler le moindre ballonnement, et l'auscultation est absolument négative. Dans le flanc gauche, et dans la région hypogastrique la consistance n'est pas tout à fait la même ; il semble que la main palpe une tumeur moins tendue, où la fluctuation est plus obscure. A ce niveau, M. Lefour perçoit, un instant, de petits battements rythmés ; on note aussi un œdème sus-pubien assez marqué, s'élevant à 17 centimètres au-dessus du pubis, et ayant environ 22 centimètres d'étendue en largeur.

Au toucher, le doigt constate que le col ramolli, est déjeté du côté gauche et se continue avec la tumeur déjà perçue par le palper dans la fosse iliaque du même côté, tumeur qui, par

conséquent ne peut être que l'utérus exploré par le toucher vaginal. Après discussion, et après avoir émis l'hypothèse possible d'hydramnios, tous se rattachent à l'idée d'une grossesse de cinq mois coïncidant avec un kyste de l'ovaire.

Une intervention est décidée pour le 23 avril.

Pendant la semaine qui précède l'opération, le volume du ventre qui augmente toujours semble contraindre la malade à une quasi immobilité, et la dyspnée, augmentant de plus en plus, la fait attendre impatiemment le jour fixé pour l'opération.

Intervention, le 23 avril, par M. Lefour.

La parotomie médiane sous-ombilicale. Après ouverture du péritoine, on s'aperçoit que la tumeur qui s'offre à la vue ne rappelle nullement une paroi kystique, mais bien un utérus gravide. On peut constater en effet que cette grosse tumeur, qui est fluctuante se continue, sans ligne de démarcation avec l'utérus. Le diagnostic porté est ainsi infirmé, et l'on se rattache à l'idée d'une grossesse simple avec hydramnios. On ponctionne alors l'utérus au niveau du segment inférieur ; mais l'écoulement s'arrête spontanément, alors que le volume de l'utérus est encore considérable. On a retiré dix litres de liquide amniotique ; la paroi utérine durcit, et on sent, sous le doigt quelques parties fœtales. Le second diagnostic est lui aussi infirmé. On se trouve en présence d'une grossesse gémellaire avec hydropisie de l'un des œufs ; l'œuf hydramniotique seul avait été ponctionné, et, se basant sur le volume encore exagéré de l'utérus, on avait évacué la presque totalité du liquide que renfermait cet œuf.

A partir de l'opération dont les suites ont été normales, on n'a jamais entendu de battements du cœur fœtal. La malade de son côté ne ressent aucun choc fœtal.

Le 27, les contractions utérines deviennent fréquentes et douloureuses ; ces caractères s'accroissent encore le 28, et, le

29, la malade expulse deux fœtus du sexe féminin, bien conformés, dont les dimensions correspondent bien à l'époque présumée de la grossesse ; l'un paraissait mort quelques jours avant l'autre. Délivrance naturelle quelques instants après.

1° Fœtus macéré, poids : 670 gr. ; longueur, 36 cent. ;

2° Fœtus complètement macéré, poids : 40 gr. ; longueur, 36 cent.

OBSERVATION VII (Planche).

Hydramnios précoce à marche rapide, ayant débuté dès les deux premiers mois de la grossesse. Avortement à cinq mois de deux fœtus macérés.

A... J., 29 ans, secundipare. Ne présente rien à signaler dans ses antécédents personnels et héréditaires. Les règles sont régulières, et sa santé est en général excellente. L'interrogatoire et l'examen ne démontrent rien au point de vue des stigmates de la syphilis ; cependant, la première grossesse a été interrompue au troisième mois par un avortement survenu sans cause apparente. Pas de chute de cheveux, pas de maux de tête, ni de maux de gorge. Aucune éruption cutanée. Aucune lésion des muqueuses. Le mari, interrogé, dit n'avoir eu que la blennorragie.

La grossesse actuelle a débuté vers le 20 janvier 1906 ; les dernières règles ayant eu lieu vers le 11 janvier. Dès le 25 février, c'est-à-dire cinq ou six semaines après la conception, le ventre grossit, et la gestante est obligée de desserrer son corset ; le ventre devient nettement saillant, et déjà on peut croire à une grossesse avancée. Il n'y a, à ce moment, ni douleurs, ni vomissements, la malade se livre à ses occupations journalières.

Nous l'examinons pour la première fois, les premiers jours du mois de mai, c'est-à-dire à trois mois et demi de grossesse environ.

Ce qui frappe aussitôt, c'est l'énorme volume de l'utérus. Le fond utérin, qui aurait dû être bien au-dessous du fond utérin, dépasse celui-ci de trois bons travers de doigts ; le volume est celui d'une grossesse de sept mois environ. L'utérus a conservé sa forme générale, ovoïde ; il est uniformément tendu et fluctuant. On ne sent aucune partie fœtale, ni par le palper, ni par le toucher. La gestante n'a pas senti de mouvements actifs.

Le col est à peine ramolli à sa pointe, très élevé, il est fermé, il a toute sa longueur, et n'est pas déhiscent. La région du segment inférieur est inaccessible et inexplorable.

Dans le courant du mois de mai, l'utérus subit un accroissement très accentué. Le 8 juin (4 mois et demi de grossesse), l'utérus touche en haut les fausses côtes, remplit en partie l'épigastre. Un peu d'œdème sus-pubien apparaît, ainsi que de l'œdème des membres inférieurs. Le flot est très perceptible par la percussion latérale. Quelques troubles fonctionnels ont apparu : dyspnée au moindre mouvement. Quelques crises dyspnéiques nocturnes : la gestante est obligée de dormir dans la position demi-assise ; aucun phénomène douloureux.

Le 16 juin, le volume a encore augmenté. La hauteur utérine est de 44 cent. La circonférence, au niveau de l'ombilic, est de 99 cent.

Au toucher, le col est plus ramolli, mais non déhiscent, ni raccourci, il est toujours relevé et rejeté en arrière. En avant du col, on sent le segment inférieur tendu et fluctuant. Pas de perception fœtale, pas de ballottement vaginal. Les troubles fonctionnels de compressions s'étant accusés, et toutes les prévisions étant pour l'insuccès final de cette grossesse, je me proposais d'interrompre cette dernière, lorsque les contractions utérines apparurent dans la nuit du 17 au 18 juin.

A 8 heures du matin, les contractions se présentent toutes les cinq minutes, elles sont assez douloureuses, mais l'examen du col ne montre aucune modification : ni effacement, ni déhiscence, ni dilatation.

Ce n'est que le soir, vers 4 heures, c'est-à-dire seize heures environ après le début du travail, que l'examen montre le col effacé et entr'ouvert. On peut faire pénétrer dans sa cavité la phalange de l'index, et on arrive à effleurer le pôle inférieur de l'œuf.

Les membranes sont alors ponctionnées, et il s'écoule 6 litres 800 d'un liquide limpide, clair, jaune citron, ressemblant au liquide amniotique ordinaire, mais ne contenant aucun détritüs sébacé : Un point très particulier, consécutif à l'évacuation du liquide, fut la rapidité avec laquelle se termina le travail. En effet, une demi-heure après l'évacuation du liquide, le col arrive à dilatation complète, et un premier fœtus est expulsé en sommet ; un quart d'heure après, le deuxième fœtus est expulsé à son tour ; la délivrance se fait ensuite spontanément et sans incident.

Les deux fœtus sont morts depuis une semaine environ.

Le premier présente un ventre très gros, un foie énorme et de l'ascite. Il pèse 470 gr.

Le deuxième est maigre et chétif ; il pèse 340 gr. Le foie est petit, le ventre rétracté.

L'examen du délivre montre qu'il s'agit d'une grossesse double, univitelline, à une seule cavité amniotique. Il n'y a qu'un seul placenta pesant 410 gr. et un seul sac membraneux qui est complet ; il présente seulement un orifice du volume d'une petite tête fœtale, et situé à 11 centimètres du bord placentaire.

Lyon Médical, mars 1908.

OBSERVATION VIII (Claveaud-Ribourgeon).

*Grossesse gémellaire. Hydramnios aiguë du premier œuf.
Accouchement prématuré au sixième mois.*

Marie G..., 29 ans, entre le 12 mars 1883, salle Ste-Anne. Rien dans les antécédents personnels ni héréditaires. Pas de gémellité dans sa famille.

Réglée à 15 ans, toujours régulièrement depuis, n'a eu qu'un seul rapport avec le père de son enfant, le 18 septembre.

Vers le troisième mois de sa grossesse, elle dit que son ventre a beaucoup grossi. Il y a deux mois, elle a fait une chute sur le dos, à la suite de laquelle il a encore grossi rapidement, elle a toujours continué à grossir jusqu'à aujourd'hui. Depuis trois jours, malaises, vomissements, douleurs dans les reins, fièvre.

12 mars, au soir. — Les douleurs deviennent plus fortes, ce qui décide la femme à entrer à l'hôpital. On est surpris tout d'abord du volume et de la distension de l'abdomen. On sent, à la surface de l'utérus, de petites bosselures qui sont des fibrômes utérins ; au palper, on a la sensation d'une forte tension. En raison de la grande quantité de liquide, on ne peut sentir qu'un faible ballottement céphalique dans l'hypocondre droit. Du côté gauche, on sent un plan plus résistant, et, dans l'excavation, une masse dure et douloureuse qu'on croit être la tête.

Au toucher, on arrive sur l'orifice du col qui est dilaté à 5 francs, et on sent une tête qui se présente en O I G A ; en arrière, dans la concavité du sacrum, on sent une autre extrémité. Auscultation négative. La dilatation est complète à 11 heures du matin.

Poche des eaux saillante, bombée, assez résistante ; une tête se présentant, on rompt artificiellement les membranes ; il s'écoule une quantité considérable de liquide. La tête étant retenue par les parties molles, et les contractions utérines étant insuffisantes, on fait une application de forceps. On extrait un fœtus vivant, pesant 1 kilogr. La poche des eaux se rompt spontanément, et un deuxième fœtus se présente par le siège. On procède à son extraction qui a lieu facilement. Il pèse 900 gr. et est vivant. La délivrance se fait normalement, 15 minutes après l'extraction du deuxième fœtus.

Le placenta est unique, et une cloison médiane forme deux œufs.

OBSERVATION IX (Claveaud Ribourgeon).

Joséphine G..., âgée de 23 ans, ménagère, entre le 8 février 1885, à 9 heures du matin, à la salle de travail. Elle est bien constituée, elle a eu déjà deux accouchements prématurés à sept mois ; le premier enfant a vingt-sept mois, le deuxième a vécu deux jours.

Elle a toujours été bien réglée ; ses dernières règles datent du 25 septembre 1884. Pendant sa grossesse, elle n'a eu jusqu'ici aucune complication. Les premières douleurs ont apparu le 8 février, à 9 heures 1/2 du matin. La rupture des membranes de la première poche a lieu à 10 heures du matin, ainsi que l'expulsion du premier fœtus ; la rupture de la deuxième poche et l'expulsion du deuxième fœtus a lieu à 10 heures 1/4. La durée totale du travail est donc de une heure. Ils se présentaient tous les deux par le siège, avec procidence du bras et du cordon pour le premier fœtus. Ce sont deux garçons : le premier, pesant 390 gr. est macéré ; le deuxième, pesant 400 gr.

est vivant, mais meurt quelques instants après. La masse placentaire est unique, avec une cloison médiane. Le liquide amniotique de la première poche est rosé, celui de la deuxième est de couleur normale et en très grande quantité,

OBSERVATION X (R. Wilson).

M^{me} N..., âgée de 32 ans, secondipare, me consulta dans le sixième mois de sa grossesse, en mars 1882, à cause d'une hémorragie. La dernière menstruation avait eu lieu en octobre 1881. En l'examinant, je trouvai l'abdomen très développé pour cette époque de la grossesse, le fœtus petit et très mobile dans une très grande quantité de liquide amniotique. Deux semaines après, je provoquai l'avortement, parce qu'il était apparu subitement des symptômes assez graves : oppression, œdème, pertes de forces, et qu'on n'entendait pas les ballottements du cœur fœtal. Il s'écoula un seau d'eau et de sang. Il y avait deux enfants du sexe féminin. De ces deux jumeaux, l'un était plus développé et plus œdématié que l'autre. Hydramnios de la cavité amniotique de l'un des deux enfants, le plus gros. Le cœur et les reins de ce dernier étaient hypertrophiés et remplis de corpuscules sanguins blancs et rouges, particulièrement le côté gauche du cœur.

OBSERVATION XI (M. Green).

M^{me} X..., âgée de 29 ans ; taille au-dessus de la moyenne. Mariée à 19 ans et, en dix ans, donna naissance à cinq enfants, qui se succédèrent rapidement.

Ce sont toutes des filles, pesant à la naissance de 8 à 10 livres $\frac{1}{2}$; tous les accouchements furent normaux ; elle nourrissait son dernier enfant, lorsque les règles apparurent et revinrent régulièrement jusqu'au 27 octobre 1882, date de la dernière époque menstruelle. En février 1883, elle crut ressentir les mouvements de l'enfant. L'abdomen avait le volume normal d'une grossesse à la fin du huitième mois, les parois étaient tendues et les veines superficielles bien dessinées ; on n'entendait pas les battements du cœur fœtal, mais le souffle utérin était facilement perceptible ; le ballotement faisait penser à un petit enfant. Le 13 mars, l'abdomen mesurait, au niveau de l'ombilic, 36 pouces $\frac{1}{2}$; le 19, il mesurait 39 pouces. La distance entre le pubis et l'appendice xyphoïde était de 16 pouces $\frac{1}{2}$. Le 21 mars, elle accusa de grandes souffrances, ne trouvant aucune position pour se reposer ; elle n'avait pas dormi depuis plusieurs jours ; les narcotiques seuls semblaient émousser sa sensibilité ; elle ne pouvait prendre aucune nourriture solide ; elle était épuisée et disait qu'il lui semblait qu'elle allait éclater. Distance entre le cartilage ensiforme et le pubis : 18 pouces.

Je décidai alors de provoquer le travail et je passai le nouveau cathéter anglais en gomme élastique, avec son stylet aigu tourné vers la pointe. Je rompis les membranes à une distance de 7 pouces ; retirant alors mon stylet, il s'écoula environ six quarts de liquide et l'utérus se contractant, descendit jusqu'à deux pouces au-dessus de l'ombilic. Pas de shock, mais sensation d'un grand soulagement ; les mouvements actifs furent ressentis. Trois quarts d'heure après, apparition des contractions qui continuèrent pendant la nuit. La malade se sentit bien et dormit entre les douleurs ; il y avait un écoulement constant de liquide.

Le 23, les contractions augmentèrent et il naquit un enfant mâle, puis une demi-heure après un second garçon. Le pla-

centa, unique, fut expulsé ; il pesait une livre et une once ; il était de structure normale ; il fut examiné au microscope.

Il y avait un chorion et, sans doute, deux amnios ; mais la paroi intermédiaire était en partie atrophiée ; ce qui restait de ce septum avait la forme d'une faux.

Guérison rapide.

OBSERVATION XII (H. P. C. et R. Wilson).

M^{me} P. H., 31 ans, mariée, mère de six enfants vivants. Cette femme, qui supposait être enceinte, vient nous trouver le 30 juin 1884. Ventre énormément distendu ; depuis un mois, elle ne peut se coucher par suite d'une impossibilité de respirer dans la station étendue. Ses pieds, ses cuisses, ses jambes sont tellement œdématiées que le doigt, en pressant, y laisse une profonde empreinte.

Les douleurs déterminées par la distension abdominale et l'œdème des jambes étaient très vives et la malade était obligée de rester debout nuit et jour pour pouvoir respirer. La percussion de la portion de l'abdomen comprise entre le pubis et la neuvième côte et entre les deux échancrures iliaques, donnait de la matité et de la fluctuation ; le changement de position ne changeait rien dans la matité.

Cette femme était si volumineuse et si difficile à manier, qu'on ne pouvait s'assurer de tout ce que contenait l'abdomen. La santé, avant le cinquième mois, avait toujours été bonne.

Le foie, le cœur, les poumons et les reins furent examinés. Les seuls points qui donnèrent un son clair à la percussion furent les deux côtés de la colonne vertébrale, dans la région

lombaire et dans une petite étendue derrière le cartilage ensiforme.

Nous fûmes embarrassés pour faire le diagnostic.

La menstruation avait cessé cinq mois avant ; jusque-là, elle avait été très régulière, des nausées survinrent, puis tous les autres signes de la grossesse ; la femme se croyait enceinte, mais elle avait augmenté si rapidement de volume, ce qui ne lui était jamais arrivé, qu'elle et ses amis étaient très anxieux.

D'ailleurs, ses souffrances étaient si grandes et son épuisement si complet, qu'il fallait intervenir.

D'abord, par les commémoratifs, le souffle placentaire, les battements du cœur fœtal, la coloration bleuâtre de la vulve et du vagin, la grossesse parut hors de doute. Mais la tension de l'abdomen et sa dureté empêchaient d'apprécier le volume de l'utérus et nous penchâmes pour un kyste de l'ovaire avec grossesse, ou pour une hydramnios. Nous décidâmes alors une incision exploratrice abdominale. En cas d'ascite ou de kyste, le liquide serait ainsi enlevé ; en cas d'hydramnios, on fermerait l'ouverture et on romprait les membranes.

Le lendemain, 12 juillet, la malade était exténuée, extrémités froides, yeux caves, traits tirés, pouls faible et très petit ; on la remonta le mieux possible et on opéra. A l'ouverture, il se présenta un corps rouge acajou, semblable à la couleur de l'utérus en gestation ; ses parois étaient aussi minces que celles d'un kyste de l'ovaire ordinaire. Après de nombreuses recherches dans l'abdomen pour reconnaître ce corps, après le toucher vaginal combiné au palper intra-abdominal, on reconnut qu'on avait affaire à l'utérus gravide avec hydramnios très prononcée. On ferma l'incision et on rompit de suite les membranes ; il s'écoula une avalanche de liquide, environ 7 gallons. Aussitôt réveillée, la malade remercia du grand soulagement qu'on lui avait procuré ; à 8 heures du soir, elle expulsa deux fœtus morts. Au placenta unique, avec deux amnios et un seul cho-

tion. Le plus gros des deux enfants naquit le premier, sa poche était rompue; le deuxième enfant fut expulsé dans sa poche intacte avec deux pintes de liquide amniotique.

Le 20 juillet, la malade quittait l'hôpital, complètement guérie.

OBSERVATION XIII (Maygrier).

Grossesse de cinq mois. — Hydramnios précoce à marche rapide. Avortement gémellaire. — Délivrance artificielle.

Le 17 mars 1884, le docteur Maygrier est appelé auprès de M^{me} D..., primipare, arrivée au cinquième mois de sa grossesse. Cette femme a remarqué que, depuis quelques jours, son ventre prenait rapidement un volume considérable et elle a, en même temps, ressenti des douleurs assez vives et continues dans tout l'abdomen, douleurs dues évidemment à la brusque distension des parois utérine et abdominale.

L'examen révèle, en effet, un utérus énorme, étant donné l'âge de la grossesse. La paroi abdominale est lisse et tendue, le fond de l'utérus remonte à deux ou trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Au palper, on perçoit très nettement la sensation de flot et on fait balloter de petites parties fœtales qui disparaissent sous les doigts. L'auscultation est absolument négative. Le col présente des modifications notables, il est presque effacé, déhiscent, l'orifice externe étant légèrement entr'ouvert; le segment inférieur est tendu et manifestement fluctuant, pas de parties fœtales accessibles au toucher. On porte le diagnostic d'hydramnios précoce à marche aiguë, avec menace d'avortement.

A partir du 17 mars au soir, les douleurs s'accroissent et prennent alors le caractère intermittent des contractions uté-

rines. Le col commence à se dilater. Malgré des lavements laudanisés et le chloral, le travail continue. Les douleurs sont de plus en plus aiguës, intolérables. La dilatation ne marche que lentement. Elle n'est complète que dans la nuit du 19 mars, où les membranes se rompent brusquement, laissant s'écouler une énorme quantité de liquide.

Expulsion rapide de deux jumeaux morts-nés, non macérés, âgés de cinq mois environ.

La délivrance tarde. Au bout d'une heure, le placenta n'étant pas décollé, on craint que le col ne se referme et n'emprisonne dans l'utérus un placenta volumineux, et on pratique la délivrance artificielle; il y a, en quelques points, des adhérences peu solides. La masse est unique, il y a deux poches séparées par une cloison purement amniotique.

On apprend plus tard que le père avait eu la syphilis.

Archives de tocologie, 1892.

OBSERVATION XIV (Maygrier).

Grossesse gémellaire. — Hydramnios aiguë. — Avortement à cinq mois et demi. — Hémorragie. — Délivrance artificielle.

Le 17 mars 1888, à minuit, le docteur Maygrier est appelé près de M^{me} H..., enceinte pour la deuxième fois, arrivée, dit-elle, au quatrième mois et demi de sa grossesse, perdant son sang et des caillots depuis quelques jours, et ayant actuellement une hémorragie plus abondante.

Depuis huit à dix jours, le ventre a augmenté brusquement et rapidement de volume; depuis deux jours surtout, il a pris un accroissement considérable et de vives douleurs se sont fait sentir. Enfin, il y a une montée de lait dans les seins; de plus,

le père est un syphillitique ancien ; toutefois, le premier enfant est né vivant et à terme.

L'examen montre un ventre énorme pour quatre ou cinq mois de grossesse ; l'utérus, en effet, a le volume d'un utérus à huit mois. Le palper donne une sensation de flot des plus nettes. En interrogeant minutieusement la femme, on acquiert la certitude que les douleurs accusées par elle tiennent principalement à la distension brusque de l'abdomen, causée par la production d'une hydramnios aiguë. L'auscultation est nulle.

A l'arrivée de M. Maygrier, l'hémorragie est arrêtée. Le toucher vaginal ne révèle aucun début de travail, le col est long et fermé. On ordonne le repos, des calmants (laudanum, chloral) et l'antisepsie vaginale.

Le diagnostic porté est : grossesse de quatre à cinq mois ; hydramnios aiguë, décollement prématuré de l'œuf et mort probable du fœtus, étant donnée la montée du lait. M. Maygrier émet, en outre, l'hypothèse d'une grossesse gémellaire, avec hydramnios précocé.

Dans la soirée du 18 mars, M. Maygrier est appelé de nouveau en toute hâte dans les conditions suivantes : M^{me} H... est en travail depuis plusieurs heures ; la dilatation étant complète, la poche des eaux s'est rompue spontanément et une quantité très abondante de liquide s'est écoulée. Une hémorragie s'est déclarée en même temps.

Le docteur L... présent, va à la recherche du fœtus qui se présente par le siège, et en fait l'extraction manuelle ; peu après, un petit jumeau se présente et est extrait de même. Le sang continuant à couler, il cherche à faire la délivrance artificielle. A son arrivée, le docteur Maygrier trouve le placenta en partie décollé. L'hémorragie persistant, il introduit assez facilement la main dans l'utérus, et en extrait un placenta qui est unique avec ses membranes. La perte cesse.

Injectons chaudes. Alcool, etc. Suites normales.

L'examen des fœtus a démontré que le début de la grossesse devait remonter à cinq mois et demi environ.

OBSERVATION XV (M. le prof^r Commandeur), Inédite.

*E... B..., 20 ans, cultivatrice, primipare. Avortement
gémellaire à cinq mois trois quarts. Hydramnios d'un œuf.*

Arrive à la maternité le 13 novembre 1908, à 10 heures du matin, accusant des douleurs depuis le 10 ; le même jour, la malade ayant fait appeler un docteur, celui-ci lui conseille d'entrer à la Maternité.

A son arrivée, elle présente une grossesse de cinq mois trois quarts, elle a des douleurs depuis quatre jours, et, depuis le 10 novembre, elle dit n'avoir pas senti bouger son enfant, elle dit avoir eu des jumeaux dans sa famille. Disque d'albumine dans les urines. Luxation congénitale de la hanche droite.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles sont du 10 au 18 mai ; l'accouchement probable serait le 20 février ; elle est donc à cinq mois trois quarts de grossesse ; elle a eu des vomissements alimentaires du troisième au quatrième mois. Elle grossissait à vue d'œil, dit-elle.

Le palper est difficile, l'utérus est volumineux, dur, constamment tendu, et ne correspond pas à l'âge de la grossesse. Sa forme est étalée, le fond est à vingt-neuf centimètres au-dessus du pubis, les cornes sont distendues, surtout la corne droite ; au palper, sensation de flot. L'utérus remonte jusqu'aux fausses côtes des deux côtés et atteint la région épigastrique.

A l'auscultation, les bruits du cœur ne sont pas perçus.

Après une soigneuse désinfection, l'interne l'examine; la dilatation est à trois centimètres, la poche des eaux est intacte; on sent quelque chose qui plonge, mais on ne peut pas distinguer la présentation. On emmène de suite la malade à la salle de travail.

A 5 heures 25 du soir, on l'examine de nouveau. La dilatation est complète, la poche des eaux intacte; on rompt artificiellement les membranes, mais il ne s'écoule pas de liquide amniotique; il y a oligo-amnios.

On constate une présentation du siège décomplété mode des fesses, orientée en S I D P, et, au bout d'une contraction, la malade expulse un enfant du sexe féminin, mort et macéré, et qui pèse 520 grammes.

L'utérus reste volumineux, on se doute d'une gémellaire; on ausculte, mais on n'entend pas les bruits du cœur. On pratique immédiatement un deuxième toucher, qui fait constater une poche des eaux volumineuse, et un deuxième fœtus qui est en présentation du sommet, pointé en O I D P. On rompt artificiellement les membranes, le liquide qui s'écoule est clair, très abondant, la quantité recueillie est de trois litres. L'expulsion du deuxième fœtus se fait normalement, il pèse 750 grammes et meurt 30 minutes après sa naissance.

La délivrance se fait spontanément aussitôt après l'expulsion du deuxième fœtus. Il n'y a qu'un seul placenta, et la cloison de séparation des deux fœtus est formée de quatre membranes: deux chorions et deux amnios. Ce placenta paraît complet ainsi que les membranes. La perte sanguine est normale.

On fait suivre d'une injection intra-utérine à 48°.

Le premier fœtus est caractérisé par une maigreur extrême, il a commencé à se macérer. Le cordon est extrêmement teinté en noir ainsi que l'abdomen. Le crâne fœtal est aplati dans le sens transversal, les os chevauchent fortement, le pariétal droit débordé à gauche; le diamètre bi-pariétal mesure quatre centimètres.

Le deuxième fœtus présente un œdème généralisé au tronc, aux membres supérieurs et inférieurs ; la tête est à peu près indemne ; l'œdème, assez accentué, donne à la peau un aspect luisant, appréciable surtout au niveau des jambes et des pieds. Le diamètre bi-pariétal mesure cinq centimètres.

Quant au placenta, il forme une masse unique à quatre membranes, deux chorions et deux amnios. Sur la face maternelle, on remarque très grossièrement un sillon de séparation de la masse placentaire en deux placentas.

L'insertion du cordon n° 1 est vélamenteuse et se fait à sept centimètres du bord placentaire.

L'insertion du cordon n° 2 est vélamenteuse également, et se fait à quatre centimètres seulement du bord placentaire. Ces deux cordons cheminent l'un vers l'autre pour s'anastomoser au niveau de leur insertion.

OBSERVATION XVI (M. le professeur Commandeur), inédite.

Grossesse gémellaire. Avortement à quatre mois et demi.

Hydramnios aiguë.

Marie P..., 31 ans, tertipare, ménagère. Père mort, mère vivante en bonne santé. Pas de maladie dans la jeunesse, trois grossesses, une fausse couche à quatre mois et demi, il y a cinq ans. Ses grossesses ont été normales, sauf une, en 1905, qui nécessita une application de forceps sous anesthésie. L'enfant est un garçon qu'elle a nourri au sein jusqu'à dix mois et qui, actuellement, est bien portant.

Les dernières règles sont du 5 au 9 novembre 1908. Accouchement probable le 13 août. La malade n'a jamais souffert pendant cette grossesse, mais vers le quatrième mois, son

ventre grossit brusquement, lui occasionnant de la gêne respiratoire et, à un certain moment, elle fut dans l'impossibilité de mettre une semaine, les vêtements qu'elle avait mis la semaine précédente. Elle n'a jamais eu de vomissements. Elle consulte un médecin qui lui conseille d'entrer à la Charité.

Le 31 mars, à son entrée à la première infirmerie, son utérus mesure 28 cent. Paroi abdominale très tendue, dilatation veineuse, matité. On ne peut percevoir aucune partie fœtale, pas de ballotement, mais sensation de flot. La malade n'éprouve que quelques malaises.

Le 6 avril, le ventre a encore augmenté de volume. L'utérus mesure 32 cent. ; la tension de la paroi abdominale est encore plus considérable. La malade souffre du ventre, elle a de l'insomnie, son facies est angoissé. Pouls à 100. Température entre 36°,8 et 37°,2.

On fait passer la malade à la maternité, pour lui faire une ponction.

A la maternité, la malade accuse toujours les mêmes malaises, lorsque, vers deux heures et demi du soir, elle fait brusquement les eaux, inondant le lit et le parquet ; on n'a pas pu recueillir de liquide.

En découvrant la malade, on découvre un premier fœtus dans le lit, baignant dans le liquide amniotique ; il avait dû être expulsé dès la rupture de la poche des eaux. Ce fœtus fait quelques inspirations, et succombe trente minutes après sa naissance. Poids : 310 gr. Dix minutes après, la malade reprend des douleurs, et on voit apparaître à la vulve un deuxième fœtus, en présentation du sommet. Il est expulsé à son tour. Il pèse 160 gr. La délivrance suit immédiatement après la sortie du deuxième fœtus, et pèse 280 gr.

Le premier fœtus est hydramniotique, le deuxième fœtus est expulsé dans ses membranes qui ne contiennent que quelques gouttes de liquide.

Grossesse univitelline. A l'examen de la délivrance, le premier cordon s'insère à peu près à deux cent. de la cloison, il est assez gros ; et le deuxième cordon est assez grêle, et s'insère au ras du bord, tout contre la cloison.

On trouve sur la face fœtale du placenta, des anastomoses artérielles à plein canal.

La cloison semble être composée de deux membranes.

OBSERVATION XVII (M. le professeur Voron), inédite.

M^{me} T..., 18 ans, ménagère. Parents bien portants, un frère et deux sœurs bien portants également. Deux frères morts dans la première enfance, d'affections indéterminées.

Bonne santé habituelle. Nourrie au sein par une nourrice jusqu'à quatre mois, puis au biberon. Ignore à quel âge elle a fait ses premiers pas. Pas de maladies graves dans l'enfance. A eu une rougeole bénigne. Réglée à 15 ans, irrégulièrement. Une aménorrhée complète de six mois, il y a trois ans, après les premières règles. Pas de pertes blanches.

Pas de maladies antérieures. Nie la syphilis, pas d'albumine, pas de rachitisme, pas de toux habituelle. Cœur normal, sauf bruits un peu éclatants. Pouls normal à 88. La malade, primipare, eut ses dernières règles du 18 au 23 juillet, et se trouve, par conséquent, au cinquième mois de sa grossesse. Pas de malaises particuliers notables ; pas de vomissements.

Depuis un mois, la malade accuse une gêne de la respiration qui ne s'accroît pas régulièrement depuis, et remarquait le volume de son ventre bien au-dessus de la normale (à trois mois, il était gros comme à une grossesse de huit mois).

Dans la nuit du 12 au 13 décembre, elle fut prise de douleurs. Le 13, à 9 heures du matin, la malade étant chez elle, il se produisit un écoulement de liquide amniotique (quantité évaluée

par la malade à un demi litre environ), d'où son entrée à l'hôpital, où elle accouche, pendant son transport dans l'ascenseur, d'un premier fœtus.

A son arrivée dans la salle, on constate un abdomen encore très volumineux ; l'utérus est encore à cinq ou six travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et on croit sentir ballotter une masse solide plongée dans une grande quantité de liquide. Ce ballottement, cependant, est très incertain ; il n'y a pas du tout de fluctuation. On pense alors à la présence probable d'un deuxième fœtus avec hydramnios, ou peut-être, avec réserves, d'un troisième fœtus. Au toucher, on sent un col dilaté, à peu près entièrement, et, s'appliquant sur lui, une poche peu tendue ; en la repoussant avec le doigt, il sort un peu de liquide ; mais en même temps vient s'appliquer sur l'orifice une autre poche, celle-ci très tendue. On rompt les membranes, vingt minutes après le premier accouchement, il en sort aussitôt un flot de liquide évalué à quatre litres environ. Le deuxième fœtus se présente alors par l'épaule. M. le professeur Voron voulant amener le sommet à l'orifice utérin sent sous son doigt se faire la version spontanée et le fœtus sort « duplicato corpore ». Les deux fœtus pèsent 260 et 280 gr. ; ils ne présentent donc pas de différences appréciables et sont tous les deux normalement conformés. La délivrance se fait environ un quart d'heure après le deuxième accouchement, sans grande hémorragie ; elle est complète.

Placenta unique, chorion unique, deux poches amniotiques ; l'une très petite, avec un cordon long et grêle, l'autre énorme avec un cordon court, très gros et très œdématié.

OBSERVATION XVIII (M. Trillat), inédite.

Antoinette F..., 23 ans, modiste. Entre à la Clinique le 21 décembre 1906, à 11 heures 1/2 du soir.

Père mort à 51 ans d'une broncho-pneumonie. Mère bien portante. Trois frères et sœurs en bonne santé. A été nourrie par sa mère. A marché à 1 an. Rougeole à 2 ans. Anémie de 16 à 18 ans, réglée à 13 ans 1/2. Règles peu abondantes, mais régulières durant trois jours, avec douleurs le premier jour, pas de grossesses antérieures.

Dernières règles du 16 au 18 juin.

Pendant la grossesse actuelle, pertes blanches pendant les trois premiers mois. Elle dit avoir fait une chute il y a environ un mois. Elle a senti les mouvements actifs il y a une dizaine de jours, mouvements plus forts et plus répétés que normalement ; elle ne les sent plus depuis cinq jours.

Début des douleurs le 21 décembre, à cinq heures et demie du soir. La malade vient à la Charité à 11 heures et 1/2, et entre à la salle de travail de la Clinique à 11 heures 45.

A ce moment, douleurs espacées de cinq minutes et durant une minute et demi ; le toucher, pratiqué par la sœur de service, montre un col effacé, mais non dilaté. On ne perçoit pas les bruits du cœur, le palper a paru difficile. On donne un lavement à minuit.

A 4 heures 10 du matin, les contractions s'accroissent. Douleurs espacées de 3 minutes, et durant 2 minutes. Pouls à 70.

A 7 heures 25, ralentissement des contractions ; douleurs espacées de 5 minutes, et durant 30 secondes.

A 7 heures 35, rupture de la poche des eaux. Il s'écoule un liquide amniotique très clair et très abondant.

A 7 heures 45, l'auscultation pratiquée par la sœur donne le maximum des bruits du cœur au niveau de l'ombilic, à 3 cent. à gauche.

A l'inspection, on est frappé du volume de l'utérus, car si on interroge la malade, elle est très affirmative sur l'époque de ses dernières règles : du 16 au 18 juin, et sur la régularité de ses menstrues ; ce qui donnerait une grossesse de six mois à peine.

Or, l'utérus mesure 27 cent. de hauteur. A noter cependant que ses dimensions transversales sont relativement restreintes ; en tout cas, non proportionnées à l'augmentation des dimensions verticales.

Au toucher, col mou, souple, dilaté à 2 cent. ; à travers le segment inférieur, on sent une masse molle. Sur le col, on sent un petit membre ; c'est le pied gauche ; plus profondément, on arrive sur le droit ; on diagnostique donc un SIG, en siège complet.

A la palpation, pôle céphalique à droite, à 4 cent. de l'ombilic ; dans le flanc gauche, un autre pôle, sans pouvoir préciser si c'est un siège ou une tête ; on perçoit donc, en comptant celui qui est engagé : 3 pôles, d'où gémellaire probable. La malade, interrogée, ne connaît pas de faits analogues dans sa famille ; donc, pas d'antécédents à ce point de vue.

A 9 heures 1/4, le voisinage des bruits du cœur est tout à fait au voisinage de l'ombilic ; il est difficile à percevoir, car tous ceux qui auscultent ne l'entendent pas. M. le professeur Fabre, après un premier résultat négatif, perçoit le foyer maximum au niveau de l'ombilic, sur la ligne médiane.

On remarque à nouveau la hauteur de l'utérus qui est hors de proportion avec l'âge de la grossesse, pour une grossesse simple ; on mesure et on trouve 26 cent. Les renseignements fournis par le palper et le toucher concordent avec les résultats obtenus à 7 heures 45. Les douleurs expulsives apparaissent ; la malade pousse. La partie fœtale progresse. Expulsion naturelle ; puis on dégage une circulaire du cordon autour du cou. Enfin, manœuvres de Mauriceau.

L'enfant est un garçon qui pèse 850 gram. Il est en état de mort imminente et on le porte dans la couveuse après ligature et pansement du cordon. Bosse sanguine sur la fesse gauche. Il est alors 10 heures 1/4.

La hauteur de l'utérus, après l'expulsion du premier enfant, est de 21 cent. Les contractions utérines reviennent presque immédiatement. Pas de sensation par le palper ; la poche des eaux semble volumineuse. Par le toucher, poche très épaisse ; rupture artificielle des membranes à 10 heures 1/2, à l'aide d'une branche de la pince de Hegar ; il s'écoule un liquide amniotique clair et en très grande quantité : deux à trois litres.

On sent alors le pied gauche qui se dégage immédiatement. La partie fœtale progresse rapidement. Expulsion, naturelle d'abord, puis manœuvre de Mauriceau. L'extraction est terminée à 10 heures 35. C'est une fille qui pèse 850 gr. et qui est en état de mort imminente. L'utérus, après l'expulsion du deuxième fœtus est au niveau de l'ombilic. Pouls de la mère à 88.

Délivrance spontanée, 35 minutes après l'accouchement. La perte de sang ne dépasse pas 50 à 60 gr.

La délivrance se compose de deux placentas complets, qui sont séparés par un pont membraneux de 10 cent. de longueur ; il pèse 370 gr. au total ; pas d'altérations macroscopiques. Le premier placenta est réniforme et mesure 9/15 cent ; celui du second enfant est cordiforme, il mesure 11/12 cent. Les membranes sont complètes ; elles forment une cloison de quatre membranes : deux amnios et deux chorions. La rupture des membranes a eu lieu à 2 cent. du bord du placenta pour le premier enfant, à 15 cent. du bord pour l'autre. Les cordons mesuraient respectivement 24 cent. et 40 cent. ; le premier s'insérant à 5 cent. du bord, le second ayant une insertion marginale.

Le premier enfant meurt à 6 heures 1/2 du soir.

Le deuxième enfant meurt 45 minutes après sa naissance.

Etude clinique.

Etiologie. — Plus fréquente chez les multipares que chez les primipares (6 à 7 multipares pour 1 primipare), l'hydramnios précoce est un symptôme qui peut se rencontrer dans un très grand nombre d'affections maternelles ou fœtales. Mais c'est avant tout une anomalie d'origine fœtale, ce qu'il est aisé de comprendre lorsqu'on sait que le liquide amniotique provient surtout du fœtus.

Les causes de l'hydramnios précoce sont les mêmes que celles de l'hydramnios en général, dont elle n'est qu'une complication, une particularité. Nous avons déjà parlé de ces causes au commencement de cet ouvrage, lorsque nous avons fait l'étude de l'arrière-faix dans la gémellaire. Nous n'y reviendrons donc qu'assez brièvement.

Parmi les causes d'origine maternelle, nous citerons toutes les maladies à œdème qui empêchent la résorption du liquide amniotique. En effet, Bacunin

a pu reproduire l'hydramnios chez des lapines en les rendant hydrémiques.

Les affections cardiaques et rénales, l'anémie grave (Ahlfeld), le diabète (Duneau, Ludwig), peuvent ainsi donner naissance à la polyhydramnie ; dans cette dernière affection, elle paraît être en rapport avec la polydypsie et la polyurie.

Les causes provenant du fœtus sont très nombreuses : les unes agissent en élevant la tension dans les vaisseaux : ce sont les hydramnios par stase ; les vaisseaux étant hypertendus, le fœtus urine davantage dans la cavité amniotique ; les autres sont dues à des altérations primitives de l'amnios. Parmi les premiers, nous citerons toutes les causes qui peuvent gêner la circulation fœto-placentaire, que l'obstacle siège dans les vaisseaux du fœtus lui-même ou sur les vaisseaux ombilicaux.

Certaines altérations des vaisseaux placentaires sont capables de produire l'hydramnios. Franqué, Brindeau et Nattan Larrier ont trouvé l'oblitération des vaisseaux des villosités choriales dans certains cas d'hydramnios. L'exagération du liquide amniotique se voit également dans les augiomes du placenta (9 fois sur 15 cas, d'après Krause). Dans d'autres faits, l'obstacle siège sur les vaisseaux du cordon : phlébite du cordon (Bar), torsion exagérée du cordon (Schonta), nœuds (Taugemeister) et circulaires serrés (Loris), sténose des veines (Sallinger), striction du cordon par des brides amniotiques (Couvelaire).

Le plus souvent, la gêne circulatoire se produit au niveau des viscères du fœtus.

Dans la sclérose syphilitique du foie et de la rate, l'hydramnios est la règle (Bar), on l'a également signalée dans l'insuffisance tricuspide congénitale (Bar), l'oblitération du canal artériel (Wicterding), la sténose de l'aorte (Lebedeff), la syphilis pulmonaire (Budin), anomalie qui produisent une stase dans le septième circulatoire du fœtus. Signalons enfin que, d'après Apitz, le liquide hydramniotique contiendrait une substance lymphagogue provenant du rein du fœtus et qui provoquerait un appel d'eau dans la cavité de l'œuf. Dans des expériences récentes, Lwolf a montré que les substances diurétiques injectées aux mères produisaient de la polyhydramnie ; ces faits prouvent que toutes les causes qui provoquent un excès de tension dans la circulation fœtale, peuvent exagérer la quantité du liquide amniotique.

Il n'est pas étonnant qu'on ait cherché à expliquer l'hydramnios par une inflammation de l'amnios. Jacquemier, Mac Clintoch, Sentex comparaient en effet la membrane amniotique à une séreuse qui, sous l'influence de l'inflammation, pouvait produire une sécrétion exagérée. On tend à revenir à cette théorie pour expliquer certains cas de polyhydramnie. Ahlfeld a décrit des lésions de l'amnios consistant en une augmentation du volume des cellules épithéliales, multiplication des noyaux et formation de stomates intercellulaires. Il est bien probable que cette inflammation s'installe dès les premiers ins-

tants de la vie intra-utérine ; c'est ce qui explique la coexistence fréquente de la polyhydramnie avec les malformations fœtales, Kustner, Ahlfeld, Bar et et Sallinger ont insisté avec raison sur ce fait. D'après ce dernier auteur, sur quatre-vingts cas d'hydramnios, il y avait onze cas de malformation du fœtus (Brindeau, Pratique de l'art des accouchements).

En somme, parmi les causes qui peuvent amener la production en grande quantité de liquide amniotique, il faut noter la syphilis, les malformations fœtales et la grossesse gémellaire. Il est évident, et c'est ici le point qui nous intéresse que l'on peut trouver, en même temps que la grossesse gémellaire, la syphilis et les malformations congénitales. On comprendra dès lors que la réunion de ces différentes conditions, toutes plus ou moins propres à amener la formation d'hydramnios, peut être une des causes de l'hydramnios précoce.

Pathogénie. — Mais il est une cause qui, à notre avis, serait plus importante encore. En effet, les anastomoses circulatoires qui rendent solidaires les deux fœtus peuvent avoir des conséquences graves sur leur développement. En effet, lorsqu'il y aura anastomose d'artère à artère, le cœur fœtal le plus fort envoie, grâce à cette anastomose artérielle, le sang veineux de plus en plus loin du côté de l'autre fœtus dont le cœur, plus faible, ne peut envoyer le sang aussi loin. Il s'ensuit que, peu à peu, le sang du premier fœtus gagnant du terrain, peut

arriver à irriguer un cotylédon appartenant au second, celui-ci reçoit donc du sang de son frère, il est transfusé par lui. Il peut arriver que des anastomoses de veine à veine, ou profondes, d'artère à veine, rétablissent entre les deux fœtus l'équilibre rompu ; mais s'il n'existe que cette seule anastomose, il en résultera une stase sanguine dans le territoire vasculaire du fœtus transfusé. Cette stase, cette pléthore amènera l'hypertrophie du cœur, et, plus tard, sa dilatation, l'excrétion plus abondante d'urine et l'hydramnios, l'hypertrophie du foie, de la rate, et l'ascite ; pendant ce temps, le frère qui transfuse s'étirole, dépérit, et quelquefois meurt.

Si on examine, en effet, le fœtus contenu dans l'œuf hydramniotique, on lui trouve : outre l'œdème dont nous avons parlé plus haut, une hypertrophie et une dilatation de son cœur, une augmentation de capacité de sa vessie ; dans l'autre œuf, au contraire, nous trouverons un fœtus de moindre volume, avec un cœur, une vessie, des reins petits, un foie cirrhotique ; toutes lésions cadrant bien avec l'inégalité dans les circulations des deux fœtus aboutissant à un excès de tension vasculaire chez l'un, qui devient pléthorique, œdématié, polyurique, ascitique, en un mot, source principale de l'hydramnios à un étiollement et à un dépérissement complet chez l'autre.

Symptomatologie. — Les symptômes fonctionnels font à peu près défaut au début de l'affection ; ils n'apparaissent pas à ce moment, car l'utérus des premiers mois, malgré son développement rapide,

n'exerce aucune compression, trouvant devant lui la cavité abdominale libre. On a signalé parfois, au début, une exagération des vomissements et quelques douleurs abdominales provoquées, sans doute, par la distension rapide du muscle utérin. L'utérus garde ordinairement sa forme ovoïde; mais il peut, dans certains cas, présenter une distension de l'une ou des deux cornes; ceci tiendrait, comme l'a montré Bar, à la moins grande résistance de ces régions, par rapport à la ligne médiane, où va s'entrecroiser le faisceau de Calza.

Certains auteurs ont noté également (Mac Clintock-Charpentier), l'existence de la fièvre; mais c'est là une opinion qui n'est pas admise par tous; pour certains, en effet, le pouls seul serait accéléré et ne s'accompagnerait d'aucune hyperthermie.

Ce sont les signes physiques qui révèlent presque à eux seuls l'affection, tant que l'utérus n'a pas atteint ou dépassé le volume d'une grossesse à terme. Les malades, multipares ordinairement, accusent une augmentation très rapide de leur abdomen, et ne reconnaissent pas l'évolution habituelle de leurs grossesses antérieures. Au palper, l'utérus est considérablement plus gros que ne l'indiquerait l'âge de la grossesse calculée d'après les dernières règles.

Or, au deuxième mois, au troisième au plus tard, la gestante est obligée de desserrer son corset et de s'habiller en conséquence.

Tantôt cette augmentation exagérée se fait sans à coup, progressivement; parfois, elle procède par poussées successives, ou par une poussée rapide

vers le quatrième mois, au cours d'une grossesse jusque-là normale. L'utérus atteint, par exemple, au troisième mois, le volume d'une grossesse de sept ou huit mois, même plus ; il dépasse l'ombilic notablement.

Parfois, l'utérus est uniformément distendu, ou, au contraire, plus moelleux ; mais dès qu'il dépasse l'ombilic, on peut percevoir le flot d'une façon très nette ; la sensation de flot devient de plus en plus aisée à reconnaître à mesure que l'utérus se surdistend.

Presque toujours, au milieu de cette masse liquide énorme, et malgré la présence de deux fœtus, on ne perçoit aucune partie fœtale, ni par le palper, ni par le toucher combiné. L'utérus donne l'impression d'un kyste modérément tendu, à contenu purement liquide. L'auscultation reste, en général, négative, même quand les mouvements actifs, ce qui est rare, révèlent la vitalité fœtale.

Le toucher révèle, du côté du col, des signes assez particuliers. On sait que dans les hydramnios chroniques volumineuses, ou dans les hydramnios aiguës, le col, en général, est raccourci, parfois même il semble en voie d'effacement. Il est entr'ouvert, ou, comme on dit, déhiscent ; or, cette déhiscence du col paraît être l'apanage des hydramnios dans la deuxième partie de la grossesse. Dans l'hydramnios précoce, dans les quatre ou cinq premiers mois, il fait défaut. Il semble que la distension porte uniquement son effort sur le corps utérin, beaucoup plus distensible, peut être parce que, à cette époque, le

col est encore insuffisamment ramolli pour se laisser modifier ; ajoutons que ce col est élevé et difficilement accessible. La masse utérine, plus ou moins globuleuse, prend pour ainsi dire son point d'appui sur le pourtour du bassin, et empêche l'engagement du pôle inférieur de l'œuf. Le pôle inférieur de l'œuf coiffé du segment inférieur, ne bombe dans l'excavation que lorsque l'utérus remplit la cavité abdominale, et qu'il vient butter contre les fausses côtes ou le diaphragme. Ce signe du bombement, dans l'excavation, du bord inférieur de l'œuf, habituel aussi dans les hydramnios de la fin de la grossesse, n'existe dans la forme précoce à marche rapide que lorsque l'utérus a déjà atteint un volume considérable.

Ce qui frappe, en conséquence, outre l'élévation du col, c'est la difficulté, dans les premiers temps, de percevoir le segment inférieur distendu et fluctuant. A noter aussi, la facilité avec laquelle un utérus de quatre à cinq mois se laisse distendre jusqu'au volume moyen d'une grossesse à terme, sans qu'apparaissent les contractions utérines.

En général, ce n'est que lorsque l'abdomen est distendu que le travail commence, en même temps qu'apparaissent les troubles de compression. Ces derniers existent parfois menaçants sans qu'il y ait menace d'avortement, et celui-ci doit être provoqué. D'autres fois, au contraire, l'utérus se révolte contre cette distension rapide et insolite, et l'avortement se déclare avant que l'utérus ait atteint un volume exagéré.

Anatomie pathologique. — Dans les cas où l'hydramnios provient d'un obstacle siégeant sur les troncs vasculaires, l'examen histologique a montré, sur le tronc de la veine ombilicale, un épaississement de la paroi vasculaire, sur les branches veineuses, une véritable phlébite. Toute la partie du placenta correspondant aux veines altérées est pâle et anémiée. L'examen histologique montre la présence d'un œdème très accentué des villosités choriales. Les membranes sont très œdématiées.

Dans les lésions du foie, la syphilis occupe une place prépondérante. L'examen histologique montre une prolifération considérable du tissu cellulaire qui entoure les branches de la veine porte, dans les espaces interlobulaires. On retrouve la même prolifération dans les lobules, tout le long des vaisseaux dont les parois sont épaissies, avec envahissement de l'intérieur même de ces vaisseaux qui finissent par s'oblitérer et deviennent imperméables.

Virchow considère ces lésions comme un mélange de cirrhose atrophique, et de cirrhose hypertrophique.

Les altérations du placenta ont presque toutes également une origine syphilitique. Le microscope démontre, en effet, que c'est surtout à la partie fœtale que les lésions sont le plus accentuées :

« Les villosités choriales sont augmentées de
« volume ; le tissu fibreux s'y montre en plus grande
« abondance qu'à l'état normal, l'épithélium de
« revêtement est gonflé. Le tissu fibreux suit tou-
« jours le trajet des vaisseaux qu'il entoure, qu'il

« comprime, et qu'il finit par oblitérer. Les parties
« malades subissent alors la dégénérescence graisseuse » (Virchow).

Marche du Travail. — L'avortement débute souvent par une rupture spontanée des membranes. Il revêt des caractères particuliers sur lesquels ont insisté Maygrier et Demelin. Quand il se déclare sans qu'il y ait rupture préalable des membranes, le travail de l'avortement suit, comme dans tous les cas d'hydramnios et de surdistension utérine, une marche bien connue.

L'effet utile de la contraction se réduit au minimum. La fibre utérine ne se contracte pas assez énergiquement. La paroi utérine, très amincie, se contracte sans force, elle n'a, pour ainsi dire, aucune prise sur l'œuf énorme qu'elle doit chasser du côté du col. Les contractions sont donc irrégulières, peu énergiques, inefficaces. La durée de la dilatation est considérable.

Si, au contraire, la rupture de l'œuf se produit spontanément, ou si on rompt artificiellement les membranes, le travail devient plus actif, la présentation remplace, dans le segment inférieur, les membranes tendues, la dilatation se précipite, et l'expulsion se produit rapidement.

Quantité de liquide évacué. — Dans les observations où la quantité a été mesurée, on note : 7 gallons (Wilson), 4 litres (Phocas), 10 litres (Bar-Remy), 7 litres (Lambl), 10 litres (Lepage), un seau d'eau

(Wilson), 7 à 8 litres (Bouchacourt et Valency), 9 litres (Boissard), et même 20 litres (Villaux), 25 litres (Gatz), etc.

Pronostic. — Il découle, pour la mère, des interventions qui s'imposent : ponction, avortement thérapeutique, délivrance gémellaire, erreurs de diagnostic. Il est bien difficile à établir en détail ; dans aucune observation, la mort de la mère n'a été signalée.

Quant aux fœtus, aucun n'a survécu : presque tous étaient expulsés morts, ou avant la période de viabilité. En pratique, on peut dire que l'hydramnios précoce à marche rapide aboutit à l'avortement spontané ou thérapeutique. Voici, à ce sujet, quelques dates relatées dans les observations :

Avortement à 4 mois 1/2

—	6 mois
—	4 mois 1/2
—	5 —
—	6 —
—	5 —
—	5 —
—	5 —
—	5 —
—	5 —
—	5 —
—	5 —

Quant à la fréquence de l'hydramnios précoce,

Legaye (Thèse de Paris, 1903), a montré que, sur un total de 25.000 accouchements dans les différentes maternités de Paris, et allant de 1890-91 à 1902-1903, l'Hydramnios précoce s'est présentée 20 fois ; ce qui donne une moyenne de 1 sur 1.200 accouchements. Ces 20 cas se répartissent ainsi :

Années	Accouchements	Hyd. et Gémellaire
1890-91	1249	3
91-92	1660	1
92-93	1834	0
93-94	1920	0
94-95	2139	1
95-96	2080	1
96-97	2270	2
97-98	2313	2
98-99	2305	2
99-1900	2506	2
1900-01	2443	0
1901-02	2224	5
1902-03	1239	1
Total...	26282	20

Difficultés du diagnostic. — Une complication aussi rare et aussi particulière de la grossesse n'est pas sans offrir, dans certains cas, de grandes difficultés de diagnostic.

On peut être appelé à se prononcer dans deux circonstances bien différentes :

1° Ou bien on observe la gestante dès le début de

la grossesse, et on voit évoluer l'affection sous ses yeux.

2° Ou bien le premier examen est fait aux environs du cinquième mois, alors que l'utérus surdistendu occupe toute la cavité abdominale.

A) Dans le premier cas, le diagnostic est en général facile. Constaté des signes de grossesse au début d'une part (arrêt des règles, gonflement des seins, colostrum, ramollissement du col) et voir évoluer ultérieurement sous ses yeux un utérus beaucoup plus volumineux que ne le comporterait la date de la grossesse, c'est être amené presque à coup sûr à penser à l'hydramnios précoce à marche rapide. Cette affection seule, en effet, peut donner au corps utérin la fluctuation, l'énormité du volume, et cette distension qui progresse, pour ainsi dire, à vue d'œil.

La môle hydatiforme s'accompagne souvent d'hémorragies, la consistance de l'utérus est irrégulière, non fluctuante (il faut noter aussi que, dans certains cas d'hydramnios, il peut ne pas y avoir de fluctuation), enfin, la disproportion n'est ni aussi grande, ni aussi rapide, que dans l'hydramnios.

Un kyste de l'ovaire, coexistant avec une grossesse au début et ne remplissant pas l'abdomen, peut ressembler beaucoup à l'hydramnios. Mais le palper, combiné au toucher montre l'existence de deux tumeurs : kystique et gravidique, cette dernière ordinairement refoulée sur les côtés ou dans l'excavation. Il y a, entre les deux, un sillon plus ou moins facile à sentir. L'examen répété de la malade permet de constater l'augmentation progressive et lente

de l'utérus gravide et de la tumeur ovarienne, ou l'état stationnaire de cette dernière. L'utérus gravide, atteint d'hydramnios aiguë, peut doubler de volume dans l'espace de quelques jours ou de quelques semaines ; en général, à trois mois, il atteint ou dépasse l'ombilic, il dépasse le volume d'une grossesse à terme, dès la fin du quatrième mois, ou dans le cours du cinquième.

B) Le diagnostic est infiniment plus difficile, parfois même impossible, quand la gestante se présente pour la première fois à l'observation, alors que la tumeur énorme a atteint ou dépassé les fausses côtes et surdistend l'abdomen jusqu'au creux épigastrique.

Souvent, le diagnostic est resté en suspens et n'a été tranché qu'à la suite d'une intervention libératrice. Dans toutes les observations (et celles que nous rapportons en sont une preuve frappante), où la gestante n'a été examinée qu'à une période avancée, on voit cette hésitation du diagnostic. Wilson, Lambl, Phocas, Dumarais, Scarpa, Villaux, Lepage, Lefour, ont tous eu de ces hésitations, hésitations que souvent l'intervention seule a levées.

Il faut avant toute chose examiner s'il y a grossesse ; c'est souvent assez difficile ; en effet, le palper abdominal est négatif, on ne sent ni le contour utérin, ni le ou les fœtus. Rarement la gestante a perçu des mouvements actifs, l'auscultation reste négative : soit que les fœtus soient morts, soit qu'il y ait une trop grande quantité de liquide interposé. Les troubles digestifs sont peu caractéristiques et peuvent être mis sur le compte d'une autre affection

abdominale. Aussi, doit-on rechercher les trois signes de probabilité suivants :

Arrêt de règles, signe toujours important chez une femme dans la période génitale et habituellement bien réglée ; l'existence des signes du côté des seins, et enfin le ramollissement du col ; encore, ce dernier signe est-il souvent difficile à apprécier, à cause de l'élévation de cet organe.

Si la grossesse est diagnostiquée, il faut rechercher si l'utérus gravide est seul en cause, ou s'il y a une affection hydropigène surajoutée. L'ascite est en général moins tendue, la sonorité sus-ombilicale plus accusée, la matité des flancs absolue, la forme du ventre plus étalée. Le changement de position amène en général, si faible soit-il, un déplacement de la zone de matité.

Toute inflammation péritoniale aiguë, s'accompagnant d'un épanchement rapide et considérable, coexistera en général avec des troubles de l'état général : fièvre, douleurs, etc.

Dans les deux cas, le ventre est en général plus étalé, plus souple ; l'utérus est ordinairement appréciable, au milieu de la collection liquide. Par le toucher, par le palper, on pourra percevoir la mobilité anormale de cet organe.

Le diagnostic le plus délicat est celui d'énorme kyste de l'ovaire coexistant avec une grossesse peu avancée. Même forme du ventre, uniformité des sensations, même fluctuation, mêmes zones de sonorité et de matité, et c'est en effet là l'erreur qui a été commise le plus fréquemment.

L'interrogatoire devra être minutieux ; il est infiniment rare qu'en deux ou trois mois, chez une femme, indemne de tout passé pathologique, un kyste subisse une augmentation extra-rapide, au point de remplir la cavité abdominale. En général, un énorme kyste remplissant l'abdomen refoule l'utérus gravide dans l'excavation, s'il n'est pas âgé de plus de quatre mois, et le toucher permettra de sentir le col bas, et le corps utérin plus ou moins engagé dans l'excavation. Mais le corps utérin, comprimé en haut par le kyste, perd sa consistance molle, devient lui-même tendu et fluctuant, et on comprend qu'il puisse être pris facilement pour le segment inférieur d'un utérus hydramniotique bombant dans l'excavation. Cependant, dans l'hydramnios le bombement du pôle inférieur de l'œuf ne sera jamais aussi profond et ne remplira jamais autant l'excavation qu'un utérus gravide de trois ou quatre mois refoulé par un kyste abdominal de très grand développement.

Mais admettons que le diagnostic de l'hydramnios ait été porté ; comment arriver à diagnostiquer si la grossesse est simple ou gémellaire ? Car, dans la plupart des cas, le diagnostic de grossesse gémellaire n'a pas été porté. Le palper pourra, évidemment, faire constater la présence de plusieurs pôles fœtaux ; mais souvent, par suite de la tension extrême due à l'excès de liquide, ce palper est, sinon impossible, du moins très difficile.

Charpentier estime que, dans ces cas, il faut attribuer une grande importance à l'œdème sus-pubien ;

sa présence doit éveiller l'attention puisque, dit-il, il existe dans tous les cas de grossesses gémellaires sans hydramnios.

Trachet a donné un signe qui, dans nombre de cas, permet de faire le diagnostic : la tension de l'abdomen, c'est-à-dire du globe utérin, doit être en rapport avec la tension de l'œuf hydropique ; or si, par le toucher combiné au palper, on sent des membranes qui se laissent facilement déprimer, tandis que la tension de la paroi utérine persiste, c'est que les membranes que l'on touche appartiennent à un œuf qui n'est pas l'œuf tendu, l'œuf hydropique. On porte donc le diagnostic de grossesse gémellaire. M. Remy explique que ce signe lui a permis de porter le diagnostic de grossesse double.

Quoi qu'il en soit, bien souvent le diagnostic restera en suspens, et l'observateur se trouvera en présence d'une tumeur liquide occupant la totalité de l'abdomen, sans qu'il puisse avoir, sur la nature vraie de l'affection, autre chose que des présomptions.

Mais il est un moyen qui peut conduire à la certitude et qu'on peut maintenant discuter : c'est l'intervention exploratrice.

La ponction par la voie abdominale est celle qui vient immédiatement à l'esprit. Elle a été pratiquée maintes fois : soit dans un but explorateur, soit dans un but curatif. Elle avait sa raison d'être avant les progrès de la chirurgie et de l'antisepsie ; cependant elle a été préconisée encore en 1901, par Arzac (Thèse de Bordeaux), mais d'après M. Plauchu et c'est là notre

avis, c'est une intervention qui doit être abandonnée. En effet (Plauchu, *Lyon-Médical*, mars 1908), si elle ne fait pas courir de dangers sérieux à la mère par la blessure de l'utérus et du placenta, ni aux fœtus, qui, dans l'hydramnios à marche rapide, sont le plus souvent compromis, toutes les observations démontrent que, dans tous les cas d'hydramnios à marche rapide, elle est suivie rapidement, à un mois près, de la déclaration du travail et de l'avortement ; elle ne guérit pas l'hydramnios qui, après la ponction, reprend sa marche plus ou moins aiguë et ne permet pas une prolongation suffisante de la grossesse jusqu'à la viabilité du fœtus. D'autre part, il s'agit d'un kyste de l'ovaire, ou d'une tumeur liquide abdominale, la ponction ne dispense pas de la laparotomie ultérieure. Elle ne peut être discutée que si le diagnostic est ferme et que si la grossesse est à six mois déjà, dans l'espérance d'obtenir la prolongation de la grossesse jusqu'au septième mois.

La laparotomie exploratrice. — Elle est indiquée dans les cas où le diagnostic est pour ainsi dire impossible par d'autres moyens d'exploration. Elle permettra de différencier l'utérus gravide, d'une part, et pourra se transformer en une intervention curative, s'il s'agit d'une tumeur abdominale opérable. On peut dire aujourd'hui qu'elle est plus chirurgicale, et qu'elle offre moins de danger que la ponction aveugle.

Si on reconnaît qu'il s'agit d'un utérus hypertendu par le liquide amniotique, la laparotomie laisse le

champ libre aux diverses lignes de conduite que nous allons étudier, en abordant le traitement.

Traitement. — Pendant la grossesse, l'hydramnios comporte un traitement médical et un traitement obstétrical.

Du traitement médical, il y a très peu à espérer ; on ignore, le plus souvent encore, la cause précise de l'hyperhydramnie. Quoique la syphilis puisse en être souvent la cause, on ne sait pas bien comment elle agit en réalité.

Le traitement médical devra cependant être appliqué dès le début de l'évolution de l'hydramnios et, quand il n'y a encore aucun accident de compression, repos sur une chaise longue, fréquentes dérivations intestinales et diurétiques.

Lait. On peut, on doit même essayer le traitement spécifique.

Le traitement obstétrical ne se pose qu'au moment où apparaissent les accidents de compression qui se produisent en général dans le courant du cinquième et, au plus tard, du sixième mois.

L'évacuation du liquide amniotique par ponction de l'œuf est le traitement de choix qui s'impose souvent d'urgence (avortement thérapeutique).⁽¹⁾

La ponction de l'œuf par la voie basse, c'est-à-dire par le col, est de beaucoup la meilleure, et la plus obstétricale : elle sera souvent facile chez les multipares. Elle nécessitera quelquefois, chez les

(¹) Couvelaire, *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, 1896.

primipares, une dilatation préalable aux bougies de Hégar. Il sera bon d'agir toujours dans un col dilaté au préalable, pour permettre le passage de l'index, et ponctionner sur ce dernier en contact avec l'œuf. On évitera ainsi de faire courir aucun danger aux parties basses de l'utérus. Le seul risque de cette ponction est d'évacuer insuffisamment le liquide, quand la ponction, par exemple, intéresse l'œuf non hydramniotique. Mais cette évacuation minime parera suffisamment aux accidents immédiats, et l'on pourra toujours, peu après, recommencer la ponction du second œuf par en bas, si le travail tarde à se déclarer.

La ponction abdominale, bien que sans grand danger, expose à ponctionner le placenta. L'utérus perdant, par sa rétraction, contact avec la paroi abdominale, peut saigner dans le péritoine. Il peut s'écouler aussi par l'orifice du liquide amniotique dans le péritoine. Enfin, la ponction par l'abdomen, même en n'évacuant qu'une certaine quantité de liquide, et en arrêtant l'évacuation au moment où l'utérus atteint son volume normal par rapport au terme, ne peut laisser espérer la prolongation de la grossesse jusqu'à la viabilité des fœtus, puisque toujours les enfants sont expulsés morts ou avant la période de viabilité. Dans aucune observation d'hydramnios précoce à marche rapide, on n'a signalé, quel que soit le traitement employé, la survie d'un enfant. En cas d'hésitation dans le diagnostic, ou en cas de diagnostic impossible, il vaut mieux, ainsi que nous l'avons dit, préférer à la ponction la laparotomie

exploratrice, qui aura l'avantage très grand de pouvoir se transformer en une intervention curative si on constate, par exemple, un kyste de l'ovaire coexistant avec la grossesse. Mais si la laparotomie montre qu'il s'agit d'une hydramnios aiguë, nous croyons, avec M. Plauchu, qu'il vaut mieux refermer soigneusement l'abdomen, et ponctionner ensuite par le col. Cette conduite nous paraît préférable à celle de Lefour, par exemple, qui, dans l'observation citée plus haut, ponctionne l'utérus à travers l'incision de la laparotomie ; cette ponction ayant, en effet, en grande partie, les mêmes inconvénients que la ponction abdominale ordinaire.

Traitement pendant le travail. — Le travail une fois déclaré, il y a lieu de se comporter comme dans tous les cas d'hydramnios et de surdistension utérine ; c'est-à-dire de ponctionner hâtivement les membranes et de provoquer l'évacuation lente et progressive du liquide amniotique, avec les précautions habituelles, pour éviter les accidents que pourrait entraîner une trop brusque déplétion de l'œuf.¹

(¹) Plauchu, *Lyon-Médical*, 22 mars 1908.

CONCLUSIONS

Des différentes considérations que nous avons énumérées dans cet ouvrage, il est permis de conclure :

1° Que l'hydramnios précoce, dans les grossesses gémellaires, est une complication relativement rare : 1 sur 1200 accouchements environ.

2° Que cette complication, lorsqu'elle se présente, peut avoir une grande importance : au point de vue du diagnostic d'abord, car, lorsque l'hydramnios apparaît dans les premiers mois de la grossesse et lorsqu'elle évolue rapidement, elle peut donner, sinon une certitude, du moins une grande probabilité au point de vue de la grossesse gémellaire.

3° Au point de vue du pronostic ensuite :

Pour les fœtus, ce pronostic est très sombre, car la grossesse, la plupart du temps, s'interrompt ou devant être interrompue avant l'époque de viabilité des fœtus, ceux-ci ont leur existence très compromise. On peut donc dire que, pour eux, le pronostic

est fatal dans le plus grand nombre des cas et même dans tous les cas (Plauchu).

Pour la mère, malgré les symptômes alarmants d'une hydramnios précoce et rapide, le pronostic est favorable, car une fois la poche des eaux rompue et l'excès de liquide écoulé, l'accouchement se fait normalement, facilement même et les symptômes alarmants disparaissent en même temps que l'utérus revient à ses dimensions normales.

Les suites de couches sont ordinairement bonnes et, dans tous les cas que nous rapportons, cas où fut suivie la thérapeutique nécessaire en pareil cas, nous n'avons jamais vu la mort de la mère être la conséquence de cette complication.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FABRE.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 janvier 1910.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABERNATH. — Hydramnios-polyhydramnios-dropsy of the amnios.
Alabama. M. J. Birmingham, 1902-03, XV, 563-565.
- ARZAC (Marc-Michel). — Conduite à tenir dans l'hydramnios à
marche rapide. (Thèse de Bordeaux, 1904).
- BAR. — Thèse de Paris, 1881.
- BAR P. — Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios.
(Paris, p. 192). Sur un cas d'hydramnios développée
pendant les premières semaines de la grossesse. *Bull.
et mém. de la soc. de méd. pratique de Paris*. 1888,
940-945.
- *Revue gén. de clin. et de théor. Paris*, 1889, III, 185.
- *G. de méd. de Paris*, 1889, XVI, 24.
- BAR et ELEUTERESCU. — Placenta et fœtus dans les grossesses
gémellaires univitellines. Obstétrique. Paris, 1897, II,
270-273.
- BARBEZIEUX. — Contribution à l'étude de l'hydramnios. De l'état
de développement du fœtus dans les cas d'hydramnios.
Thèse de Paris, 1889.
- BETTI. — Un caso di idramnios. *Bull. de Chir. Milano*, 1902,
XVII, 64.
- BLANC. — De l'hydramnios aiguë. N. arch. d'obst. et de gynéc.
Paris, 1886, I, 117-126.

BONNAIRE. — De la valeur de l'exploration du corps de l'utérus dans le diagnostic précoce de la grossesse. Obstét. Paris, 1903, VIII, 385-407.

BATESCU. — Idramnios-Spitalul Bucuresci, 1897, XVII, 196-244.

BOUCHACOURT et VALLANEY. — Société d'obstétrique de Paris, 16 juin 1904.

BOUSQUET. — Etiologie de l'hydramnios aiguë. (Thèse de Bordeaux, 1897).

BRINDEAU et GEORGHIN. — Sur un cas d'hydramnios dû à un sarcôme du rein du fœtus. Revue obstétricale internationale. Toulouse, 1897, 141-148.

CHAMBRELENT. — Grossesse gémellaire univitelline avec hydramnios. Revue mensuelle de gynécologie obst. et pédiat. de Bordeaux, 1901, III, 28-30.

CHARPENTIER. — De l'hydramnios et, en particulier, de l'hydramnios aiguë, considérée au point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie et du traitement. Arch. de tocol. Paris, 1880, VII, 321.

— Arch. de tocol., Paris, 1880, VII, 385.

— — 1880, VII, 449.

— — 1880, VII, 541.

— — 1880, VII, 593.

CHASANAVAL. — Hydramnios aiguë. (Thèse de Lausanne, 1902).

CHRÉTIEN. — Accouchement gémellaire avant terme compliqué d'hydramnios. Malformations fœtales. *Bull. méd. de Québec*, 1900, I, 513-524.

CLAVAUD-RIBOURJON. — Hydramnios et gémellaire (Thèse de Paris, 1896).

COUVELAIRE. — Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie. Septembre 1906.

DARGEIN. — Anatomie et pathogénie de la grossesse gémellaire. (Thèse de Toulouse, 1903).

DARGEIN et ETCHEVERRY. — Un cas de grossesse gémellaire. *Toulouse méd.* 1902, 2 s. IV, 115-117.

DEJOUANY. — Des signes et du diagnostic de la grossesse gémellaire. *Journal de Médecine*, Paris, 1901, 2 s. XVI, 51-53.

- DELARUE. — Hydropisie de l'amnios, de son influence. (Thèse de Paris, 1836).
- DELIASSUS. — Note sur l'hydropisie de l'amnios. *J. des Sc. méd. de Lille*, 1886, VIII, 607-610.
- Etude sur l'hydropisie de l'amnios (Thèse de Paris 1881).
- DUBUISSET. — De l'hydropisie de l'amnios. (Thèse de Paris).
- ELEUTERESCU. — Grossesses uni et bi-vitellines. (Thèse de Paris, 1896).
- FELLUER (O). — Ein klinischer beitrage zur lehre von hydramnios. Monaschr. v. gebursch. v. gynack. Berlin. 1903. LXVIII, 376-387.
- GUÉRIN-VALENALE. — Avortement gémellaire à deux mois. Montpellier méd., 1903, XVI, 595.
- GUILLEMET. — Grossesse gémellaire. Difficultés du diagnostic dans les cas de présentation antéro-postérieure du fœtus. *Gazette médicale de Nantes*, 1897, 8, XVIII, 130-132.
- HUBERT (E). — Hydramnios, grossesse gémellaire. Laparotomie. Ponction de l'œuf par le vagin. Expulsion de deux fœtus morts. Guérison. *Rev. méd.*, Louvain. 1894, XIII, 5-8.
- JACOPIN. — Thèse de Nancy, 1906-07. La gémellaire à Nancy.
- JULIEN. — Documents statistiques. (Thèse de Paris, 1897).
- KERRÉCK (C.-L.). — De l'hydramnios. Louisville. M. Mouth, 1897, 8-14.
- LEBEDJEV. — Contr. à l'étude del'hydramnios. Saint-Pétersbourg, 1879.
- LEGAYE. — Contribution à l'étude clinique de l'hydramnios. (Thèse de Paris), 1903.
- MAC CLINTOCK (A.-H.). — Acute hydramnios. Obst. J. Gr. Brit. Lond. 1880, VIII, 631-633.
- Dublin J.-M. Sc. 1880, 3 s. LXIX, 533-540.
- Proc. Dubl. Obst. soc., 1879-80, XLII, 94-107.
- MAC CLINTOCK. — In thèse de Sion. Paris, 1896.
- MAUTEL. — Archives de tocologie, 1888.
- MAYGRIER. — Un placenta de grossesse gémellaire univitelline.

Bulletin et mémoire de la Société obstétrique et gynécologique de Paris, 1897, 145-149.

Présentation d'un placenta de grossesse gémellaire univitelline. *J. de Méd.*, Paris, 1897, 2 s. IX, 332.

Grossesse gémellaire univitelline. Obstétrique. Paris, 1897, II, 301-306.

MAYGRIER et DEMELIN. — In archives de tocologie, 1892.

MONGUZZI. (L.). — Idramnios e procidenza del cordone ombellicale. Arte obst, Milano, 1901, XV, 28-30.

MONTGOMERY. — Acute hydramnios, Phéla. M. Times. 1884-83, XIII. 693. Med. News, Phila, 1893, XLIII, 723.

NINAUD. — Hydramnios aigu. (Thèse de Paris, 1893).

OPITZ. — Centralblatt für gynackologie. 1898, p. 553.

— Analyse in obstétrique, 1898, p. 553.

OUI. — De l'hydramnios, Rev. prat. d'obst. et de pédiat. Paris, 1895.

PAPIN. — De l'hydropisie de l'amnios. (Thèse de Paris, 1843).

PERRET. — Grossesse gémellaire. Revue obstétrique internationale. Toulouse, 1897.

PIERI (X). — Grossesse gémellaire. *Marseille médical*, 1900, XXXVIII, 717-718.

PHOCAS (X). — Grossesse gémellaire. Hydramnios. Ponction. Guérison. *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1890, XXXIII, 367-367.

PLANCHU. — Hydramnios précoce. *Lyon médical*, 1908, p. 637.

PORACK. — Grossesse gémellaire à circulation dépendante. *Bulletin et mémoire de la Société obstétrique et gynécologique de Paris*, 1897, 145-149.

— Grossesse gémellaire à circulation dépendante. *J. de Méd. de Paris*, 1897. 2-13. IX, 370-375.

RÉMY (X). — Archives de tocologie, 1892, p. 455. Gémellaire avec hydramnios aigu.

RONDONI. — Gravidanza gemellare. Idramnios casistica. Luccina Bologna 1901, XI, 40-41.

ROUDZEIC (V). — Contribution à l'étiologie de l'hydramnios aiguë et à l'étude de l'origine du liquide amniotique. Wratch. Saint-Petersbourg, 1894, 13 octobre, XV, 1122.

- RUMBAUM. — Thèse de Würzburg, 1893.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique. 1898.
- SANTOS. — Hydramnios et grossesse triple. *Centralblatt für gynækologie*, 1898, p. 282.
- SCARPA. — *Opusculi di chirurgia*, 1825, p. 181.
- SIOU. — Hydramnios aiguë. (Thèse de Paris, 1896.
- TARNIER. — Hydropisie de l'amnios. *J. des sages-femmes*, Paris, 1897, XXV, 313-315-328-329-337.
- THIGLIARINI. — Ricerche istologiche scell'epiteleo e sulle paracheratosi, dell'amnios umano. *Arch. per le Sc. med.* Torino, 1900, XXIV, 229.
- TILMANN. — Mort d'un fœtus dans la gémellaire. (Thèse de Paris, 1895-1896).
- TORRES-FABREGAT. — Etiologia-patogenia y tratamiento del hidroamnios. *Ann. de obst. gynecat. y pediât.* Madrid, 1883, III, 367-371.
- TRIBONE. — *Clinica moderna*, 1895.
- VELPEAU. — *Traité*, 1835.
- VERHËL (L). — Enucléation d'un gros fibrome sous-séreux, au cours d'une grossesse gémellaire compliquée d'hydramnios. *J. de chir. et ann. soc. belge de chirurgie.* Bruxelles, 1901, I, 550-556.
- VÉRON. — De la valeur séméiologique de l'hydropisie de l'amnios dans l'auto-intoxication gravidique. *Bull. soc. scient. et med. de l'Ouest*, Rennes, 1903, XII, 451-456.
- VERRIER. — De quelques difficultés qui se rencontrent dans le diagnostic de la grossesse gémellaire. XIII^e congrès int. de méd. Sect. d'obstétrique, 1900. Paris, 1901. *Compte-rendu*, 492-498.
- VILLA. — *Annales obstétricales et gynécologiques*. Milano, août 1898.
- VON FRANGUI (O). — Zur kenntniss der amniosanomalien. *Monatschr. f. geburtsch von gynack.* Berlin, 1897, VI, 36-41.
- VULPIAN. — *Mém. de la Soc. de Biol.*, 1858.
- WILSON. — *The american journal of obstetric*. 1897.
- WOLFF. — Zur symptomatologie der akuten hydramnion centralblatt. f. gynack., Leipzig, 1894, XIII, 1153-1155.

